مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والانفعالية

تأليف يحي القبالي

المقدمة

لقد ظهرت الاضطرابات النفسية والسلوكية مع وجود الإنسان على وجه الأرض وخاض بها المختصون كل حسب تخصصه، وهي قديمة متجددة إزدادت حدة مع الانفجار السكاني والثورة العلمية والتكنولوجية وازدحام حياة الأفراد التي لم تعد تتسع لكل ما هو جديد، وظهرت أدوات كشف وتقييم وتشخيص كثيرة ومعقدة لا يمكن لشخص واحد القيام بها، وذلك لشدة تمايز الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات.
وسنتعرض لبعض أدوات التشخيص الحديثة، كون التشخيص هو الخطوة الأولى لاختيار استراتيجيات العلاج، ولا ننسى في الوقت نفسه أن دورنا كوننا متخصصين في التربية الخاصة ينحصر في عملية التشخيص والعلاج السلوكي كعلاج تكاملي مع العلاج الطبي الذي يقوم به الإكلينيكيون في عياداتهم الخاصة وبالمستشفيات.
بالإضافة لما سبق فإن استخدام كثير من هذه الاختبارات والمقاييس يحاط بالحذر والتحرز، وذلك لعدم الاتفاق التام على تعريف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وتفسيرها، ومن نافلة القول أن الكشف المبكر يؤدي إلى التدخل المبكر، مما يخفف من انتشارها والحد من أثارها، ويجعل من الفرد الذي يعاني من أحد هذه الاضطرابات عنصرا فعالا في مجتمعه.
إن الصحة النفسية والخلو من الاضطرابات النفسية والسلوكية هما وجهان لعملة واحدة، فالصحة النفسية تعني حالة دائمة نسبيا من التوافق الشخصي والانفعالي والاجتماعي، أي توافق الفرد مع نفسه وبيئته، ولا تعني الصحة النفسية البرء من المرض أو أعراضه فقط ولكنها تعني حالة إيجابية من التوافق، وللصحة النفسية ثلاث مناهج:

١. المنهج النمائي.
٢. المنهج الوقائي.
٣. المنهج العلاجي.

ولقد كان للعلماء المسلمين دور مهم في هذا المجال حيث جاء على لسان أحمد بن سهل الملقب بأبي زيد البلخي (٢٣٦ - ٣٣٠هـ) في كتابه مصالح الأبدان والأنفس، عن الصحة النفسية - أن صحة النفس تكون عندما تسكن ولا يهيج بها شيء من الغضب أو الجزع أو الفزع - وتحدث في كتابه عن مصالح الأبدان في (١٤) بابا، وعن تدبير مصالح الأنفس في (٨) أبواب، وقال "أن صحة النفس تتحقق في أمرين:

١. ألا يطلب من دنياه ما ليس في أصل بيئتها" وهنا يعني توافق الإنسان مع البيئة، وهو مبدأ المدرسة السلوكية.

٢. أن يعرف قدرات نفسه (ويعني توافق الفرد مع نفسه) وهو مبدأ المدرسة المعرفية.

واسترسل قائلا أن ذلك يتم من خلال:

١. فكرة يثيرها الإنسان فيقمع بها ذلك العارض (ويعرف ذلك بالضبط النفسي الذاتي).

٢. كلام يعظه به غيره (أي العلاج المتمركز حول المعالج).

وبهذا يكون المسلمون قد ساهموا في مجالات الاضطرابات النفسية والسلوكية، قبل غيرهم بمئات السنين. مع الأخذ بعين الاعتبار أن سبر غور النفس الإنسانية من أصعب مجالات البحث، ومازال العلم ينهض بمثل هذه المساهمات المتراكمة دون تحيز، همه الأكبر الوصول إلى كمال الصحة النفسية والحد من الاضطرابات النفسية والسلوكية وما يعتور النفس الإنسانية من صعوبات.

ولقد حاولت جاهدا تغطية هذا المجال بأسلوب ميسر يكون في متناول المتخصص والقارئ، سائلا المولى عز وجل أن يوفقنا لما يحب ويرضى أنه نعم المولى ونعم النصير.

قال الله تعالى: "أومن يؤمن بالله يهدِ قلبه".

المؤلف

الوحدة الأولى

* مظاهر التطور الإنساني.
* تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية
* نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية
* تصنيف المضطربين سلوكياً وانفعالياً.

* أسباب الإضطرابات الانفعالية والسلوكية والوقاية منها.

مظاهر التطور الإنساني

يظهر التطور الفردي ويتجسد على شكل قوى رئيسية تصيب مظاهر الشخصية المختلفة، فهناك تطور يصيب القوى الفيزيولوجية والجسدية، وبنية الفرد العقلية والمعرفية، والجانب الاجتماعي والانفعالي[1].

التطور الجسمي

يعتمد سلوك الفرد باعتباره عضوية بيولوجية إلى حد بعيد على تكوينه الجسدي بصرف النظر عن عمره، فالفرد باعتباره عضو فاعل منتج يعيش بين ظهراني جماعة، ليس إلا كائنا فيزيائيا بالدرجة الأولى، مما يفرض ضرورة تهيئة وسط تربوي يمكن من تطور بنية جسمية حسنة التناسق وصحة جيدة وفعالية قوية في الجهاز العصبي العضلي، لما هو قائم من تلازم وشيج بين نمط التطور الجسمي ودرجة نجاح الفرد في علاقاته طفلا أو مراهقا أو راشدا مع الآخرين.

تطور الأعضاء الداخلية

القلب: يبدأ عمله بالنبض بعد ثلاثة أسابيع من الإخصاب ويستمر في هذا العمل دون انقطاع ما استمرت الحياة، فبعد أن كانت هذه المضخة العظيمة تنبض بحوالي (١٣٠) في الدقيقة عند الولادة تبدأ قدرتها في التناقص إلى أن تصل في الرشد إلى نسبة ثابتة (٧٢) نبضة في الدقيقة.

الجهاز التنفسي: يلاحظ تسارع في نسبة التنفس عند الولادة، ففي غضون الشهر الأول يتنفس الطفل بين (٣٤–٤٥) مرة في الدقيقة وتبدأ بالتناقص حتى تتراوح في الأطفال ما بعض العاشرة بين (١٦–٢٠) مرة، وهذا هو المعدل الطبيعي.

الجهاز العظمي: تنشأ هذه العظام في مستهل الحياة الجنينية من أغشية فغضاريف وتتطور إلى عظام بفعل عملية التكلس أو التعظم.

تطور الدماغ: يبلغ طول الدماغ عند الوليد ربع طول جسمه، يبدأ الكائن فيخسر هذه الخلايا بعد ولادته ولا يعوض عنها.

---

(١) الوقفي، ١٩٩٨.

تطور الطول والوزن: يبلغ معدل طول الصديغ عند الولادة من (٤٠-٤٥سم) ويكسب (٢٥سم) في السنة الأولى ثم يهدأ نموه الطولي بعد أول سنتين ليكون بحدود (٥-٧سم) سنويا أما من حيث التطور الوزني فإن الصديغ يزن عند الميلاد من (٢-٣كغم) مع وجود فروق فردية ويزداد في السنة الأولى بمعدل (٤.٥كغم).

النسب الجسمية: يكون الصديغ ثقيلا في القمة، فرأسه يبلغ ربع طول جسمه إلا أن نسبة طول الرأس إلى طول الجسم تنخفض مع الزمن وجذع الصديغ يكون طويلا نسبيا إذ يبلغ (٤٥%) من طول الجسم، أما الساقان اللتان تساويان نصف طول الراشد ولا تبلغان عند الولادة أكثر من (٣٠%) من طول الجسم.

تطور القدرات الجسمية: تصل إلى قمتها في مرحلة الرشد المبكر، ويستوي في ذلك القوة العضلية وزمن رد الفعل وحدة الحواس وقدرة القلب على الضخ، إن قدرات الإناث تتناقص قبل الذكور لأنهن يصلن القمة أبكر منهم.

القدرات الحسية: تتأثر الحواس جميعا مع التقدم في العمر ومع التراجع في حدة البصر فمع التقدم في السن يتقلص بؤبؤ العين وتصبح العدسة أقل شفافية. ولا يصيب التراجع حاسة البصر وحدها وإنما يصيب حاسة السمع وإدراك المسافة وزمن رد الفعل.

التطور الحركي

يقصد به اكتساب قدرات ومهارات إرادية تسير في تطورها وفق نسق يكاد يكون عالمياً.

التطور الحركي في الطفولة

يصدر عن الصديغ ثلاثة أنماط من الاستجابات الحركية: أولها استجابات عشوائية عامة، ثانيها استجابات متخصصة، وثالثها استجابات على مستويات من السلوك المعقد.

معايير تطور الحركة

بعد القدرات الحركية تحدث تلقائيا مع نضج الجهاز العصبي المركزي والعضلات وأن التطور الحركي يعتمد بالإضافة إلى النضج على النشاط التجريبي للرضيع وينتج من التفاعل بين النضج والخبرة لا من تنفيذ لما هو مقرر سلفا بخطة منحوتة جينيا في الدماغ.

التطور الحركي في المراهقة

من المميزات الرئيسية من التطور الحركي للمراهق الخرق الذي يقصد به ضعف القدرة على التآزر بين عدة حركات.

التطور العقلي

نظرية بياجيه: يعد بياجيه أول من وضع خريطة عقلية تبين رحلة العقل من مجرد كونه عقل صديغ إلى كونه عقل راشد.

دور الأنساق العقلية: يقصد بالأنساق الصور العقلية أو التعميمات التي تتشكل من احتكاك الناس بالعالم أو هي تنظيم الخبرات السابقة وصياغتها في إطار يمكن من فهم الخبرات اللاحقة، وقد اقترح بياجيه مفهومين متكاملين هما: التمثل والتكيف لتفسير كيفية استخدامنا وتعديلنا للانساق التي نكونها.

مراحل التطور العقلي

ذهب بياجيه إلى وصف أربع مراحل للتطور العقلي ينتقل إليها الطفل انتقالا تدريجيا:

المرحلة الحسية الحركية: تسود في السنتين الأوليين من الحياة، تبدأ الأنساق تتطور مع التطور الحركي مما يمكنه من إبدال المنعكسات بأفعال إرادية، فتتكون أنساق أكثر تعقيدا.

المرحلة السابقة على الإجرائية: تبدأ من نهايات الثانية من العمر حتى نهاية السادسة، وفيها تنمو الفاعلية الرمزية ويبدأ التفكير يواكب العمل. بمعنى أنه لا يستطيع أن يرى الفكرة من زاوية ما يراها غيره.

مرحلة الإجراءات المادية: تمتد من بداية (٧-١١) من العمر فيها يتعلم الطفل مزيدا من المفاهيم المجردة في محاولاته لتفسير خبراته. ومن منجزات الطفل في هذه المرحلة القدرة على تبويب المفاهيم والأشياء وتصنيفها.

مرحلة الإجراءات الشكلية: يصلها في حوالي (١٢) من عمره وتمتاز بمزيد من نمو المفاهيم المجردة وبقدرة على وضع وتقييم أطر وأفكار لحل مشكلة.

تقييم نظرية بياجيه:

أثارت هذه الآراء في النمو المعرفي أبحاثا كثيرة كان بعضها ينتهي إلى وجود مثل هذه المرحلية:

مبدأ مرحلية التطور: إن التطور لا يعني الانتقال بطريقة منظمة وتتابعية صارمة تحول دون تمكن الطفل من أن ينجز مهمات مرحلة تطورية قبل أن يكون قد أتقن إنجازات مهمات المرحلة السابقة كما اعتقد بياجيه.

مبدأ الحسية الحركية: انتقدت نظرية بياجيه لافتراضها بأن صغار الأطفال لا يفهمون إلا القليل مما يدور حولهم فقد ظهر أن الرضع يعرفون أكثر وأبكر بكثير مما تفترضه هذه النظرية.

مبدأ دوام الأشياء: يشار إلى نقد آخر لبياجيه يتناول عدم حساسية طرقه لدرجة تكفي لاكتشاف ما يشير إلى أن لدى الرضع الإحساس بدوام الأشياء أي أن الأطفال يكونون هذا المفهوم أبكر مما كان يعتقد.

مبدأ الاحتفاظ: وجه نقد إلى مفهوم الاحتفاظ الذي حدد بياجيه لبدايته السنة السابعة، عندما وجد أن أطفال الخامسة يملكون عدة أساليب تفكيرية حول مشكلات تتعلق بهذا المفهوم.

التدريب ومرحلية التطور: إن التعلم يكون ذا فائدة عندما يكون الطفل على مشارف المرحلة القادمة متهيأ للدخول إليها أما إذا كان لا يزال بعيدا عنها فلا يظهر أثر للتدريب.

بديل مقترح: "نظرية معالجة معلومات" تعتمد في وصفها لتطور القدرات العقلية على الكيفية التي يستقبل بها الناس المعلومات ويخزنونها ويتذكرونها.

التطور العقلي في الرشد

إن القدرات الجسمية تتراجع مع التقدم في العمر. كانت القدرات العقلية كالذاكرة والإبداع والذكاء تتوازى مع سرعة التراجع التدريجي للقدرات الجسمية.

العمر والذاكرة: الرشد المبكر هو قمة الفترة العمرية المناسبة لبعض الأنماط من التعلم والتذكر. وقد ظهر من الدراسة أن جميع أفراد العينة كانوا يتذكرون مزيدا من الأسماء مع تكرار المحاولات.

العمر والذكاء: اتبع الباحثون طريقتين في محاولة الإجابة عن هذه التساؤلات:

الأولى: طريقة الدراسة العرضانية. الثانية: طريقة الدراسة الطولانية.

ووصلوا إلى نتائج غير مترابضة.

التطور اللغوي

يمتاز بأنه تطور متسارع نسبة إلى غيره من جوانب التطور الأخرى إذ يكتسب الإنسان الكثير من خواص لغته الوطنية بين الخامسة والسادسة ويمكنه التعبير عن نفسه.

مراحل التطور اللغوي

صرخة الميلاد: أول ما يسمع ويتلوها أنواع من الزعيق والصراخ والبكاء وغير ذلك من الأصوات.

مرحلة المناغاة: وتعد أولى مراحل التطور الحقيقي باتجاه اللغة. فالطفل في حدود الشهر الخامس يبدأ بإخراج حروف ومقاطع وهو بذلك يمرن أجهزة الكلام لديه ويوفق بين السمع والصوت.

مرحلة الكلمة: يبدأ أطفال السنة الأولى النطق بكلمات مفردة يلفظونها على فترات فالطفل قد يلفظ كلمة ما ولكنه قد لا يعود إليها قبل مرور أسابيع وقدرته على أداء اللفظ تكون ضعيفة.

مرحلة الجملة: مع تقدم نمو الطفل عقليا ومع ازدياد مهارته على جمع أكثر من كلمة للتعبير عن معنى يجول في نفسه يصل في السنة الثالثة إلى مرحلة تكوين الجمل يبدأ فيها بجمل ذات كلمتين ثم بجمل من عدة كلمات من غير رابط بينها.

نظريات التطور اللغوي

وضعت عدة نظريات لتفسير ظاهرة اكتساب اللغة وأبرزها النظرية التي ترد النمو اللغوي إلى التقليد والمحاكاة (سكنر) والنظرية التي تعزو السبب في النمو اللغوي للعوامل الوراثية (تشوميسكي) والنظرية التي ترى أن اللغة تابعة للنمو المعرفي (بياجيه).

التطور الأخلاقي

مرحلية التطور الأخلاقي

تأثر (كولبرج) بأفكار بياجيه حيث قام بدراسة التطور الأخلاقي وحلل إجابات العينة عن معضلات طرحها عليهم.

تقييم نظرية كولبرج

تعرضت نظريته من نقد في أكثر من جانب، فالبحث يبين أولا أن الأكثرية من أبناء المجتمع لا يرقون إلى مستوى ما بعد التقليدي وأن بعض المجتمعات تخلو من أفراد يظهرون تعليلا أخلاقيا في المستوى ما بعد التقليدي.

عوامل التطور الأخلاقي

يقوم الوالدان بالدور الرئيسي في النمو الأخلاقي، فالأباء المتسلطون يمكن أن يغرسوا قيما في نفوس أطفالهم ولكن الخوف والقلق يحول دون تصرف الأطفال ضمن تلك القواعد.

التطور الاجتماعي

التكيف في مرحلة الطفولة

تتم غالبية عمليات التكييف بشكل غير مقصود أساسه التقليد والقدوة والملاحظة المباشرة.

التعلق: يطور الأطفال في مختلف الثقافات مشاعر إيجابية في السنة الأولى نحو الناس الذين يقومون على العناية بهم ويبدأ في تطوير التعلق وهي علاقة عاطفية عميقة ووثيقة ودائمة يكونها الطفل نحو من يعتني به.

الاستقلالية: يولد الطفل معتمدا على الغير ومن الطبيعي أن يحمل النمو معه تناقصا في الاعتماد على الغير ومزيدا من الاعتماد على الذات.

الزملاء: يمارس الأطفال الآخرون يحتك بهم الطفل أثرهم التطوري من خلال اللعب فالرضيع الذي كان يميل إلى اللعب الانفرادي يميل في عمر السنة والنصف إلى اللعب الموازي أي أنه يلعب بلعبه إلى جانب طفل آخر ولكن دون تشارك في اللعب، ومع دخول الطفل للمدرسة يزداد تأثره بالزملاء.

التكيف لأدوار الجنسين: المقصود بها تلك الأنماط العامة من السلوك والمظهر والعمل التي ترتبط بكون الإنسان ذكرا أو أنثى. تبدأ عملية انطباع الدور الجنسي منذ الولادة حيث يبدأ المحيطون بالطفل بتمرير منظومات القيم والعادات التي تسبغ على الدور المنتظر لكل من الجنسين.

السلوك العدواني: يلجأ بعض الأطفال إلى الصراخ والعربدة كوسيلة لتلبية رغباتهم، ولكن الطفل يبدأ يدرك بأن هذه الوسيلة غير مقبولة اجتماعيا وأن عليه لضمان حسن

تكيفه ضبط عدوانيته. ويقصد بالسلوك العدواني أي فعل أو قول يقصد به إلحاق الأذى بالآخرين أو إثارة قلقهم. ينشأ السلوك العدواني بشكل عام عن الإحباط وهو حالة تحدث عندما يحول عائق أو عوائق دون تحقيق هدف الإنسان.

التكيف الاجتماعي في مرحلة المراهقة

المراهقة هي مرحلة من الضغط والتغير السريع والانتقال من الطفولة إلى الرشد وقد اعتبرها (ستانلي هول) "وهو من أوائل علماء النفس التطوري الأمريكان" مرحلة العاصفة والضغط نسبة إلى سرعة التغيرات التي تصيب مختلف أبعاد الشخصية والأزمات الشخصية، غير أن العالمة الأنثروبولوجية (مارغريت ميد) تنظر إلى المراهقة كمرحلة تكوين العلاقات السببية من الناحية العقلية والانتقال السهل من الطفولة إلى الرشد.

ضغط الزملاء: تعد مجموعة الزملاء أو الأقران بالنسبة لأغلب المراهقين كشبكة من الدعم الاجتماعي والانفعالي التي تساعد على الاستقلال وممارسة أدوار وقيم مختلفة، وتشبع دافع المراهقين لأن يجدوا من يستحسن خياراتهم وآراءهم وسلوكهم وهو دافع يحتاجون إلى إشباعه بشدة وخاصة في بدايات المراهقة.

تطور مفهوم الذات: الذات هو شعور الإنسان بنفسه وإدراكه لها وصورته عنها ويتراوح مفهوم الإنسان لذاته من إنكار الذات والتضحية بالأهداف الشخصية إلى عبادة الذات عبر عشرات المفاهيم التي تتوسط هاتين النهايتين.

تكوين الهوية: سريعا ما يكتشف المراهق أنه مطالب بتحقيق انتقال من الاعتماد على الوالدين إلى الاعتماد على الذات وتنمية حس مستقر بذاته. وقد دعا (أريكسون) هذه العملية بعملية تكوين الذات وذلك أن المراهقين يكتشفون أن بعضا من جوانب السلوك والمعتقدات التي أنشئوا وفقا لها – بتأثير الأسرة أو الزملاء أو الجماعة الخاصة – ولم تعد مواتية لهم.

وقد شخص (مارسيا) أربعة أوضاع لمحاولات المراهقين الوصول إلى حس مستقر بالذات:

١. وضع تحصيل الهوية: يكون مثل هؤلاء المراهقين قد اجتازوا أزمة الهوية ونجحوا في الوصول إلى قرارات شخصية حول معتقداتهم وحول الأهداف التي يجب أن يسعوا للوصول إليها.

٢. وضع مصادرة الذات: يكون فيه المراهقون قد استقروا من غير نضج على هوية قدمت لهم من الآخرين.

٣. وضع التأجيل: هناك من المراهقين من يتوقفون في منتصف أزمة الهوية عن اتخاذ قرارات هامة بخصوص هويتهم، ويكتشفون في هذه الأثناء كثيرا من البدائل والخيارات.

٤. وضع تشتت الهوية: من المراهقين من يتجنبون عدم مواجهة الأزمة بالمرة، ويكونون بالإضافة إلى عدم قناعتهم بوضعهم الحالي غير قادرين على تطوير هوية جديدة لهم يرضون فيها عن ذواتهم.

التكيف لأدوار الجنسين: تشكل الهوية الجنسية قطاعا هاما هي معرفة الفرد لذاته، وليس يعني بالهوية الجنسية العلاقات الشخصية وحسب بل مجموعة من الأفعال والآراء والمسؤوليات التي يشعر أي من أفراد الجنسين أن عليه النهوض بها وتحملها. لقد قام (بيكر) بمراجعة للدراسات التي أجريت في هذا المجال وانتهى منها بما يلي:

١. إن نسبة النساء اللواتي يخشين النجاح أقل من (٦٥%) وهي أقل من النسبة التي وجدتها (هورنر).

٢. إن نسبة من الرجال تخشى النجاح كذلك وهي أكثر مما ذهبت إليه دراسة (هورنر).

٣. إن الخوف من النجاح لدى الإناث يوجد عندما يتعلق الأمر بمنافسة الرجال.

٤. إن توقع الرفض الاجتماعي هو الأساس الذي يكمن وراء خوف النساء من النجاح.

الاختيار المهني: مع المراهقة يبدأ عهد التفكير جديا في نوع المهنة المستقبلية، ويخضع الاختيار المهني في هذه المرحلة لجملة معقدة من العوامل منها المركز الاجتماعي/ الاقتصادي للأسرة، وأثر أولياء الأمور على توجيه أبناءهم نحو مهنة معينة، والإلمام بمقتضيات أنواع مختلفة من المهن والاتجاهات الاجتماعية السائدة نحو المهن والفرص المعروضة للعمل (قانون العرض والطلب).

التكيف الاجتماعي في مرحلة الرشد

تتميز مرحلة الرشد بأن الفرد فيها يصل إلى تمام نضجه في مختلف وجوه الشخصية ويأخذ التوجيه الذاتي يحتل مركز هاما في الحياة الفردية.

الزواج: من أكثر المؤسسات الإنسانية تأثيرا في الحياة الفردية تلك العلاقة الإئتلافية والتعاقدية التي يتوجب فيها على الفردين الذين يرتبطان بهذا العقد أن يعيدا النظر في أساليبهما التكيفية السابقة ابتغاء تكيف الواحد مع الآخر، إلا أن قرار اختيار الزوج ليس مسألة عشوائية، وإنما يتم الاختيار على أساس التقارب في السلالة (العرق) والدين والتربية والخلفية الاقتصادية الاجتماعية أو الثقافية.

الرضى المهني: المهنة في عمر الرشد من العوامل الأساسية في التكيف وتحقيق السعادة عندما تنسجم مع اهتمامات الفرد وتزوده بالشعور بالكفاءة والإنجاز. فالوظيفة التي يختارها الإنسان ليست مجرد مجموعة من المهارات والأعمال المطلوبة ممن يقوم بها، بل إنها إضافة لذلك عنصر أساسي في تقرير أسلوب الحياة. وتعد العوامل التالية من أبرز العوامل التي تحقق رضى الإنسان عن مهنته:

١. أن تتحدى المهنة قوى العامل وتستثير قدرته وتمنحه الفرصة للنمو الذاتي.
٢. أن تدر أجرا مثيا يحقق الاستقلال الاقتصادي.
٣. أن تمنح الأمن والطمأنينة.
٤. أن تمنح الشعور بالإنجاز وتقدير الذات والقدرة على نفع الآخرين.
٥. أن تشبع الحاجة إلى الشعور بالحرية والاستقلالية.
٦. أن تسود فيها أجزاء العلاقات الإنسانية الطيبة والصداقة.
٧. أن تثيب على الإنجاز الجيد والمتميز.
٨. أن يكون للمهنة وصف وظيفي واضح ودور محدد للعامل.

التقاعد: التقاعد مشكلة تكيفية للعامل الذي قضى شطرا كبيرا من حياته يقوم بعمل معين منسجما مع طبيعة المهنة التي كان يمتهنها. فالتقاعد يفاجأ في ليلة وضحاها بموقف يلقى فيه نفسه إنسانا غير منتج في مجتمعه، وأن الناس الذين اعتاد اللقاء بهم لم يعد يلتقي بهم وأن عليه أن يعتاد نمطا جديدا من الحياة تظل السلبية الجزء البارز فيه.

يتميز القلق العادي عن القلق المرضي في أن الظروف الحياتية التي تحيط بالقلق لا تسوّغ شعور الإنسان بالقلق وأن هذا القلق يستند إلى عناصر خيالية ودوافع لا شعورية وأنه يتكرر ويستمر إلى تكوين متأصل في طبيعة الفرد ويمكن التمييز بين عدة أنواع فرعية من القلق تُشخص وفقاً لأعراض محددة خاصة بها أبرزها الرهُاب والقلق والهلع والوسواس القهري[١].

تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية

لقد ظهرت تعريفات متعددة تطرقت لتحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتعريفها لدى كل من الأطفال والشباب، والتي حددت من قبل الأطباء، والأطباء النفسيين، والأخصائيين النفسيين، والقانونيين والمربين واستخدمت مسميات وتعريفات مختلفة تتعلق بالاضطرابات السلوكية منها:

سوء التكيف الاجتماعي Social Maladjustment

الانحراف Delinquent

الاضطرابات الانفعالية Emotionally Disturbances

الإعاقة الانفعالية Emotionally Handicap

الاضطرابات السلوكية Behavior Disorders

وقد تؤثر الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية على حياة الطفل بشكل كبير، حيث تؤثر على علاقته مع أفراد الأسرة والأصدقاء والتحصيل الأكاديمي، وبدون تدخل فإن الفرد سيعيش في ألم انفعالي وعزلة، وسيترك المدرسة ويندمج في سلوكات ضد المجتمع، وقد أثبتت الدراسات أن التدخل في مرحلة المدرسة الابتدائية من خلال تقديم الخدمات

---

(١) الوقفي، ٩٨.

المناسبة يساعد الأفراد على تحسين مستواهم الأكاديمي وتقوية علاقاتهم والوصول إلى علاقات أفضل مع الآخرين.

.(Hallahane and Kauffman 1996)

ولقد ظهرت تعريفات عدة لاضطرابات السلوك، وتباينت هذه التعريفات وذلك بسبب اختلاف تخصصات واهتمامات الباحثين، ولكن التعريف الذي حظي بكثير من القبول هو تعريف بور (Bower) الذي صدر في عام ١٩٦٩ يعرف بور اضطرابات السلوك أو الاضطرابات الانفعالية لغايات التربية الخاصة بأن الأطفال المضطربين يجب أن تتوافر لديهم واحدة من الخصائص التالية أو أكثر ولفترة زمنية:

- عدم القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو صحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية ايجابية مع المعلمين والأقران وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.
- ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.
- مزاج عام من الكآبة والحزن.
- الميل لتطوير أعراض جسمية، آلام، أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ومدرسية.

أما كوفمان (Kauffman) فيعرف الأشخاص المضطربين في السلوك بأنهم أولئك الذين يستجيبون بشكل واضح ومزمن لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعيا، أو يستجيبون بطرق غير مناسبة والذين يمكن تعليمهم سلوكات اجتماعية وشخصية مقبولة[1].

وقد عرفه (الشخص والدماطي) في قاموسهما الخاص بمصطلحات التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين.

المضطربون انفعالياً Emotionally Disturbed:

هو مصطلح يستخدم لتعريف الأفراد الذين لا يمكنهم السيطرة على انفعالاتهم على نحو جيد يكفي للمحافظة على سلوكهم في نطاق مقبول ومن الممكن خدمة المضطربين انفعاليا بدرجة بسيطة من خلال وضعهم بصورة مستمرة في الفصول

---

(١) القريوتي وآخرون، ١٩٩٥، ص٣٢٩.

العادية مع تزويدهم بخدمات مساعدة يقوم بها مدرس متنقل أو مدرس الأزمات، وتستخدم بعض الولايات الأمريكية مصطلحاً آخر شبيهاً به وهو (المضطربون سلوكياً) [١]

نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية

لا توجد تقديرات دقيقة حول انتشار اضطرابات السلوك وذلك بسبب الاختلاف في استخدام التعريفات، وكذلك الاختلاف في تفسير التعريف الواحد بين الباحثين ثم بسبب الاختلاف في الطريقة أو المنهجية المستخدمة للوصول إلى النسب المختلفة، فقد أشار مكتب التربية في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٦٩ إلى نسبة المضطربين بين الأطفال والشباب من سن الولادة وحتى سن التاسعة عشر تبلغ ٢ %.

كما أشار بعض الباحثين إلى أن نسبة الإضطرابات الانفعالية في المدرسة أو المجتمع المدرسي حوالي ١٠% (Shea, 1978).

أما فيما يتعلق بالمقارنة بين نسب انتشار الاضطرابات السلوكية عند الذكور مع نسب الانتشار لدى الإناث فتشير الدراسات إلى أن نسب انتشار الاضطرابات السلوكية لدى الذكور تفوق نسبة انتشارها لدى الإناث حيث تتراوح هذه النسبة 2:1 حيث تختلف طبيعة اضطرابات السلوك لدى الذكور والإناث، فيما يميل الذكور إلى السلوك العدواني والاندفاع والسلوك الموجه نحو الآخرين تميل الإناث إلى الخجل والقلق والانسحاب الاجتماعي. (السرطاوي وآخرون، ١٩٩٥).

أما في الأردن، فيشير التقرير الصادر عن صندون الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني، إلى أن مجموع المعوقين انفعالياً والمسجلين ٤٥٧ فرداً وأن نسبة المعوقين انفعالياً، مقارنة مع المجموع الكلي للمعوقين المسجلين في الأردن (١٩٧٩) هي ٢.٤%، وتشير النسب المئوية التالية إلى توزيع المعاقين انفعالياً في محافظات المملكة: عمان ٣٨.٧%، اربد ٣٧.٦%، البلقاء ٧.٧%، والكرك ١٠.١%، ومعان ٥.٩%، ويشير التقرير الصادر عن صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني إلى ٢١% من المعوقين انفعالياً يحصلون على خدمات طبية، في حين

---

(١) الشخص والدماطي ١٩٩٤، ص١٥.

٢. إبداء سلوكيات غير مقبولة مقارنة بسلوك الأسوياء.
٣. قصور القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين أو الاحتفاظ بها.
٤. ظهور السلوكات والمشاعر غير الناضجة وغير الملائمة ضمن الظروف العادية.
٥. مزاج عام أو شعور بعدم السعادة والاكتئاب.
٦. النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل: المشكلات الكلامية، والألآم، والمخاوف والمشكلات المدرسية.
٧. الاستمرارية والتوسع في السلوك المضطرب ما لم يعاد تشكيله بالمعالجة (Bower 1969).

أسباب الاضطرابات الانفعالية والوقاية منها

الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية متعددة، فهناك مجموعة من الأسباب التي يمكن التعرف عليها ومجموعة أخرى غير معروفة، ولا تزال الدراسات العميقة حول الأسباب البيولوجية في بداية الطريق، والتفاعلات التي تحدث للأطفال والصغار مع أسرهم والبيئة والمجتمع معقدة جداً لدرجة أننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للاضطرابات السلوكية والانفعالية.

ومع ذلك نستطيع تحديد أربعة مجالات يمكن أن تسبب الاضطرابات السلوكية والانفعالية وهي:

١. المجال الجسمي والبيولوجي.
٢. مجال العائلة أو الأسرة.
٣. مجال المدرسة.
٤. مجال المجتمع.

وتكون الأسباب عادة متداخلة فيما بينها ومتعددة:

١. المجال الجسمي والبيولوجي:

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعوامل العصبية Neurological وكذلك البيوكيميائية Biochemical أو بتلك العوامل مجتمعة، ومن غير شك فإن هناك علاقة وثيقة بين جسم الإنسان وسلوكه.

كثير من الأطفال العاديين من غير المضطربين لديهم عيوب بيولوجية خطيرة، أما الأطفال من ذوي الاضطرابات البسيطة والمتوسطة فليس هناك ما يثبت وجود عوامل بيولوجية محددة مسؤولة عن مثل هذه الاضطرابات. أما بالنسبة لذوي الاضطرابات الشديدة والشديدة جداً، فإن هنالك أسبابا وعوامل بيولوجية لها مسؤولية مباشرة، ويمكن القول أن جميع الأطفال يولدون ولديهم محددات بيولوجية لسلوكهم ولأمزجتهم. ويقول البعض أن تلك السلوكات يمكن تغييرها من خلال عملية التنشئة، والبعض الآخر يعتقد أن تلك السلوكات وخصوصاً لدى ذوي المزاج الصعب قد تتحول إلى اضطرابات.

بالإضافة إلى ما تقدم هناك مجموعة عوامل بيولوجية ذات صلة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية مثل: الأمراض وسوء التغذية وإصابات الدماغ.

هناك كثير من الدلائل والبراهين ما يثبت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جداً لدى الأطفال ويؤكد الباحثون على وجود منحى بيولوجي لبعض الاضطرابات مثل فقدان الشهية، والشره المرضي، كذلك وجود أساس وراثي لحالة الشخصية الفصامية، وكذلك وجود دور للبيولوجيا في العلاج، مثلاً لا يعرف فيما إذا كان يوجد سبب بيولوجي لحالة الاكتئاب ولكن تلعب العلاجات المضادة للاكتئاب دوراً هاماً في البرنامج العلاجي، ولا يزال البحث جارياً في هذا المجال.

٢. مجال العائلة أو الأسرة:

يعزي الأخصائيون (أخصائيو الصحة النفسية) أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه، حيث أن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل، فقد أشار بيتلهيم (Belttelheim, 1967) إلى أن معظم الاضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع أصلاً إلى التفاعل السلبي بين الطفل وأمه.

أما الأبحاث التجريبية فقد أولت العلاقات الأسرية ومدى تأثير الوالدين على الطفل أهمية كبرى، ومن الواضح أن هذا التأثير يزداد من خلال النظر إلى العلاقات والتعامل المتبادل بين الطفل ووالديه، وتأثير كل منهما في الآخر، ولذلك فقد وجد أن

الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جداً يعانون من عدم اتساق وتماسك في علاقاتهم مع والديهم.

للعائلة دور مهم في التطور الصحي للأطفال، وقد تحدث اضطرابات سلوكية وانفعالية عند أية أسرة، ولا يعني هذا بالضرورة أن الأسرة قد تسببت في حدوث الاضطرابات، وبالرغم من ذلك، فإن العلاقات والتفاعلات غير الصحية قد تسبب اضطرابات عند بعض الأطفال، كما أنها تزيد من حدة المشكلة الموجودة، ومن الأمثلة على التفاعلات غير الصحية، ضرب الأطفال، وإلحاق الأذى بهم، وإهمالهم، وعدم مراقبتهم وعقابهم، وانخفاض عدد التفاعلات الإيجابية، وارتفاع نسبة التفاعلات السلبية، وعدم الانتباه والاهتمام، ووجود نماذج سيئة من قبل البالغين.

٣. مجال المدرسة:

يضطرب بعض الأطفال حين التحاقهم بالمدرسة، والبعض الآخر في أثناء تواجدهم في البيئة المدرسية (في أثناء سنوات الدراسة). ويمكن لهؤلاء الأطفال أن يصبحوا بوضع أفضل أو أسوأ من جراء المعاملة التي يتعاملون بها داخل الصف.

للمعلمين تأثير عظيم على الطلاب من خلال تفاعلهم معهم، حيث تؤثر توقعات المعلمين على الأسئلة التي يوجهونها للطلبة، وكذلك التعزيز الذي يقدمونه لهم وعدد مرات التفاعل مع الطلاب ونوعيته، وقد يسبب المعلمون في بعض الأحيان السلوكات المضطربة أو يزيدون من حدتها، ويحدث هذا عندما يدير المعلم غير المدرب الصف، أو عندما لا يراعى الفروق الفردية، فإن ذلك يؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية محبطة واستجابة نحو المعلم أو البيئة الصفية والمدرسية، وتعتبر بعض البيئات التربوية غير مناسبة لبعض الأطفال، وقد يلجأ بعض الطلبة إلى القيام بالسلوكات المضطربة لتغطية قضية أخرى مثل صعوبة التعلم، وعلى المدرسين الفعالين تحليل علاقاتهم مع طلابهم، وكذلك البيئة التعليمية والانتباه الجيد المقصود وإلى المشاكل الموجودة، والمتوقع حدوثها.

٤. مجال المجتمع:

قد يسبب المجتمع أو يساعد على ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهنا تجدر الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال وحالات سوء التغذية، والعائلات المفككة (الممزقة) والشعور بفقدان الأهل، والحي العنيف ...:

كل ما سبق يمكن أن يؤدي أو يساعد على ظهور الاضطرابات عند التعرض لأية ضغوطات مثل تمزق العائلة، والوفاة، والمرض، والعنف، ولكن توجد حالات من الأطفال عاشوا في صغرهم ظروفاً صعبة، وعندما كبروا أصبحوا بالغين أصحاء، مما يؤكد أن الظروف الصعبة لا تقود دائماً إلى اضطرابات سلوكية أو انفعالية، بينما يصبح الأطفال الآخرون حساسين جداً لمشاكل الحياة وتظهر عليهم الاضطرابات، وتختلف من فرد لآخر. كل طفل هو شخص مميز بذاته، ولا توجد علاقة سببية واضحة التفسير.

لماذا يطور فرد معين سلوكاً مضطرباً في زمن معين، ولا يطور فرد آخر سلوكاً مضطرباً في نفس الزمن. (يحي، ٢٠٠٣).

أسباب أخرى:

الوراثة:

إن أسباب الشذوذ متعددة وقد تكون أسباباً تعود لعوامل بعيدة وأخرى آنية وقد تكون نتاج تظافر عدة أسباب وليس سبباً واحداً، أما بالنسبة للوراثة، فتجدر الإشارة إلى أن الإنسان لديه ٢٣ زوجاً من الكروموسومات تحمل الموروثات أي المكونات النوعية للنمو يرثها الفرد من كل من أمه وأبيه بالتساوي.

إن وجود أي خلل أثناء عملية تكوين الكروموسومات أو انقسامها يؤدي إلى خلل عقلي وجسمي لدى الفرد، أي يؤدي إلى تشوهات في الجسم والنفس إن علماء الأجنة قد لجأوا إلى مفهوم الاستعداد الوراثي لتخطي مسؤولية النمط الوراثي المحدد ومفاد ذلك أن الموروث المشوه يعطي مولوداً مشوهاً في واحدة أو أكثر من منظومات جسمه حيث تضعف قدرته على مقاومة الاضطرابات النفسية الأمر الذي يفقد الفرد المناعة ضد الضغوط النفسية، فيصاب بالمرض النفسي، وتلعب الوراثة دوراً هاماً في جميع الإعاقات العقلية والحركية والسمعية والبصرية وفي السلوكات الناتجة عنها عند الفرد.

الحرمان:

يشمل الحرمان المادي المبكر والحرمان الأبوي (الأمومي): إن حرمان الطفل مادياً من الطعام والكساء واللباس على سبيل المثال: سيجعله في المستقبل طفلاً يميل إلى تملك الأشياء وبشدة وأن يكون بخيلاً في المستقبل.

ففي تجارب أحد العلماء على الفئران، قام بحرمان بعض أطفال الفئران حين ولادتها بعد فترة معينة من الطعام بينما قدم الطعام لفئران أخرى بعد ولادتها باستمرار، وقد لاحظ نتيجة لذلك بأن الفئران التي حرمها من الطعام حين قدم لها الطعام مرة أخرى وجد بأن هذه الفئران قامت بخزن الطعام خوفاً من الحرمان في المستقبل، أما الفئران الأخرى فلم تقم بجمعه أو خزنه أن الحرمان يفقد الفرد شعوره بالأمن والاستقرار.

الحرمان الأمومي: إن أطفال الملاجيء لخير دليل على ذلك حيث قارن الباحثون سلوك الأطفال محرومي الأم مع سلوك الأطفال غير المحرومين من الرعاية الأمومية، وتميزت صورة أطفال المؤسسات بتدهور العلاقات الإنسانية وقلة الأصدقاء وندرتهم وتخلف اللغة والجمود الانفعالي ورتابة السلوك وتكراره وسادهم الخمول وعدم قدرتهم على اشباع حاجاتهم الحيوية وعدم قدرتهم على التعلم، وقد ظهر للباحثين أن الاضطراب ينشأ في مرحلة الرضاعة المبكرة لدى الطفل أي ما بين الشهر الثالث والسادس من العمر كما أن الإيواء الطويل في الملاجئ للأطفال يجعل الطفل رافضاً له، فقد يقود الحرمان الأمومي إلى الفصام أو الإعاقة العقلية أو العصاب، وتجدر الإشارة بأن الحرمان الأمومي يختلف من طفل لآخر ولكن تبقى له الآثار المدمرة في المجالات الذهنية والانفعالية والاجتماعية والعضوية.

الصدمات النفسية:

إن الإنسان جسم ونفس ويؤثر كل جانب في الجانب الآخر فالإعاقات الجسدية والعقلية على سبيل المثال تؤثر في حدوث اضطرابات سلوكية لدى الفرد، وكذلك فإن المشكلات النفسية قد تقعد الفرد عن النشاطات المختلفة كممارسة الرياضة أو الجنس وغيرها.

إن الناس يتعرضون إلى تجارب وصدمات تمزق مشاعر الأمن لديهم وتؤدي إلى عدم شعورهم بالكفاية واللياقة وتدفعهم إلى الشذوذ حيث تترك هذه الصدمات جروحاً من الصعب علاجها واستجاباتهم غير المرغوبة من الأفراد المحيطين بهم ربما تعمم من

قبل الأفراد على المواقف المشابهة، فتغدو مرضية تمنعهم من التكيف السوي، وهناك كثير من الحالات التي فقد فيها الأفراد والأطفال قدرتهم على الإبصار أو السمع أو النطق بسبب الصدمات النفسية التي تعرضوا لها خاصة مشاعر الخوف الشديد والرعب. (العزة، ٢٠٠٢).

بينما قسمت (عبيد، ٢٠٠٠) العوامل التي تسبب الاضطرابات الانفعالية إلى قسمين رئيسيين هما (العوامل البيئية) و (العوامل البيولوجية) ووضحت أن القسم الأول وهو العوامل البيئية يندرج تحته ثلاث بيئات أساسية لها تأثير مباشر على السلوك الإنساني أولهما البيئة الاجتماعية بما فيها من عادات وتقاليد ولوائح ونظم وإمكانيات اقتصادية وثقافية وعلاقات بين الطبقات من الأجناس المختلفة داخل المجتمع، وثانيهما البيئة الأسرية المتمثلة بالأب والأم والأخوة وطبيعة العلاقة القائمة بينهم وتأثيرها على النمو الشخصي للطفل، أما البيئة الثالثة فهي البيئة المدرسية المتمثلة بالعلاقة القائمة بين الطفل من ناحية وبين زملائه ومدرسته، وبالمناهج والأنشطة واللوائح المدرسية من ناحية أخرى. (عبيد، ٢٠٠٠).

وهناك ثلاثة عوامل رئيسية تؤثر على البيئة الاجتماعية وبالتالي على سلوك الأفراد وهي: الفقر – التفرقة العنصرية – ووجود الأقليات بحيث يؤدي تواجدها في بيئة معينة إلى احتمال ظهور اضطرابات انفعالية بين الأفراد بشكل كبير (Kirk and Gallagher, 1980) وعناصر الاغتراب التي تتصف بها شخصية أفراد الأقليات تتصف بما يلي:

١. انعدام القوة.
٢. اللامعنى.
٣. غياب المعيار.
٤. انعزال القيم.
٥. تغريب الذات.

وفيما يتعلق بالبيئة الأسرية أوردت عبيد (٢٠٠٠) أن هناك عدد من الأسباب الأسرية والتي قد تؤدي إلى واحدة أو أكثر من الاضطرابات الانفعالية البسيطة أو المتوسطة مثل:

١. نمط العلاقة بين الطفل والأم.

٢. نمط العلاقة بين الطفل والأب.

٣. نمط التربية الأسرية وخاصة أنماط التربية الأسرية المتشددة والصارمة أو الفوضوية.

٤. التدليل الزائد، والحماية الزائدة.

٥. الإهمال الزائد.

٦. الإحباطات المادية والاجتماعية التي تواجهها الأسرة.

والبيئة الثالثة والتي يمكن أن تكون من مصادر اضطرابات الطفل الانفعالية البيئة المدرسية، ويمكن أن تكون هذه البيئة من العوامل التي تؤدي إلى ظهور الاضطرابات إذا توفرت الظروف كما في الحالات التالية:

- عدم تلبية المناهج والأنشطة المدرسية للفروق الفردية الواسعة بين الأطفال في الاهتمامات والقدرات والميول.
- عدم اتباع نظم ضبط متناسق يراوح بين الشدة واللين، والاعتماد على نظام واحد يعتمد على اللين المفرط، أو الشدة المفرطة من قبل المدرس أو الإدارة المدرسية.
- عدم قيام المدرسة بمكافأة وتشجيع السلوك السوي وفي نفس الوقت لا تعمل على معالجة الاضطرابات الانفعالية عند التلاميذ.

العوامل البيولوجية:

بدأت العوامل البيولوجية تأخذ مكانتها كعوامل مسبقة للاضطرابات الانفعالية بالرغم من الصعوبة في البرهنة على ذلك، ويمكن توضيح أثر العوامل البيولوجية في الاضطرابات الانفعالية بالنقاط التالية:

١. الحساسية الوراثية الشديدة.

٢. سوء الإدراك الوظيفي للمخ أو للتلف المخي.

٣. الولادة المبكرة.

٤. الوراثة ودورها في تشكيل الفرد.

٥. الاختلافات الجنسية.

يظهر الاكتئاب والخوف لدى الإناث أكثر من الذكور بحوالي ٢-٣ مرات كما أن النشاط الحركي الزائد يظهر في الذكور أكثر من الإناث بحوالي ٤-٨ مرات، ومدى الدلالة البيئية فيما قبل الميلاد ليست واضحة فيما يتعلق باضطرابات الانفعال عند الأطفال. (عبيد، ٢٠٠٠).

وحول دور الوراثة في ظهور الاضطرابات الانفعالية فقد توصلت عدة دراسات إلى ارتباط هذه الاضطرابات بوجود عوامل وراثية مثل دراسة (Morrison and Stewart, 1974) اللذان وجدا أن ٢٠% من الأطفال ذوي الحركة المفرطة التي أجريت عليهم الدراسة كان آباؤهم وأمهاتهم يعانون من الحركة المفرطة أثناء مرحلة طفولتهم، وأن ثلث هؤلاء الآباء والأمهات يعانون من مشكلات نفسية وسلوك معادٍ للمجتمع بالإضافة إلى إدمانهم المشروبات الكحولية. وكذلك وجد (Faroone, 1991) وآخرون ارتباطاً قوياً بين السلوك المعادي للمجتمع لدى الأطفال وبين انتشار هذا السلوك بين أقاربهم من الدرجة الأولى.

وفي دراسة مقارنة أجراها بدرمان وآخرون (١٩٩٢) على مجموعة من الأطفال وذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة وأقاربهم من الدرجة الأولى وجدوا علاقة قوية بين معاناة هؤلاء الأقارب من الاكتئاب وسلوك العداء للمجتمع واضطرابات القلق وبين قصور الانتباه والحركة عند الأطفال. (سيسالم، ٢٠٠١).

وأشار (Cantwell) إلى أهمية تأثير الوراثة عندما وجد أن ٣٥% من آباء وأمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة الذين أجريت عليهم الدراسة يتعاطون المشروبات الكحولية وأنهم مصابون بالهستيريا وبالسلوك المعادي للمجتمع وكذلك أن أعمام وأخوال هؤلاء الأطفال لديهم بعض المشاكل السلوكية. (كانتويل، ١٩٧٢).

إن تحديد أسباب الاضطرابات السلوكية ومن ضمنها النشاط الزائد، وعلى الرغم من الافتراضات النظرية عن الأسباب المحتملة لهذه الأعراض، إلا أنه لم تتوافر دلائل قاطعة على أن التلف المخي يرتبط بهذه الأعراض. والعديد من الدراسات اقترحت أن المستوى الضعيف من تحديد المسارات العصبية (الكيماويات التي تحمل رسائل أو نبضات عصبية خلال المخ) يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات. ومن العوامل التي تؤدي إلى مثل هذه الاضطرابات:

* العوامل البيئية مثل (المواد السامة قبل الولادة أو أثناء الولادة) والتي تؤدي إلى الأضرار التي تلحق بالمخ.

* تلعب الوراثة دوراً هاماً، وتظهر في عديد من العائلات ما بين ٣٠% - ٥٠% من الأطفال المصابين (A-D – H-D) ضعف الانتباه والنشاط الزائد حيث يوجد لديهم أقارب أو آباء أيضا مصابين بالاضطراب.

أشارت أيضاً بعض الدراسات إلى أن الظام الغذائي قد يسبب المرض، وظهر هذا في الثمانينات حيث صنفوا الأطفال المقيدين بالنظام الغذائي بدرجة عالية وذلك بالتأثير في مقدار السكر الممتص أو المأخوذ والطعام المضاف له مكسبات طعم أو ألوان صناعية. (بدير، ٢٠٠٤، مرتجم).

إذاً يلاحظ مما عرض أن الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية غير معروفة، فبعض الدراسات ترجح الجوانب البيولوجية والبعض الآخر من الدراسات ترجح الجوانب البيئية وبالتالي يجب الاهتمام بكلا الجانبين في عملية الوقاية لأننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للإضطرابات الانفعالية، أو السلوكية، فالعوامل متكاملة ومشتركة في وجود هذه الاضطرابات.

تقييم المضطربين انفعاليا وسلوكيا
(الكشف، التشخيص، التقييم)

"الفرق في الدرجة وليس في النوع"

ونعني بهذه العبارة أن السلوك المضطرب موجود أصلاً عند الإنسان بفطرته، وما يميزه عن غيره في مجال الاضطرابات هو شدة الاضطرابات ووضوحه، وكما أسلفنا من قبل في تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية وما يعتريه من عدم وضوح، والتعرف على الخصائص العامة للمضطربين انفعالياً وسلوكياً، ليس بالأمر السهل، وليس من السهولة بمكان أن نطلق صفة الاضطراب على شخص ما بمجرد مقابلة أو مظهرٍ عابر، واضطراب السلوك والاضطراب الانفعالي مصطلحات تصنف مجموعة من الأشخاص الذين يُظهرون وبشكل متكرر أنماطاً مختلفة من السلوك، ولكن ما المعايير التي تحدد سوية السلوك أو عدمه؟

هناك العديد من المحكات للحكم على السلوك بأنه مضطرب، ومن هذه المحكات:

* شدة السلوك
* المدة الزمنية للسلوك
* تكرار السلوك
* طبوغرافية السلوك
* المعايير المقبولة اجتماعياً ومنها الجنس والعمر وربط ذلك بالثقافة العامة لمجتمع الشخص المضطرب سلوكياً وانفعالياً.

الكشف، التعرف، التشخيص والتقييم

Screening, Identification, Diagnosis and Evaluation

إن الكشف والتعرف والتشخيص عبارة عن إجراءت تستخدم من قبل المهنيين للانتقال من موضوع التساؤل: هل عند الطفل مشاكل سلوكية؟ إلى موضوع أكثر تعريفاً وهو وصف التدخل المناسب، وهي عبارة عن مراحل منفصلة في عملية تسمية الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً وتقييمهم. (يحي، ٢٠٠٣).

وتعتبر هذه المراحل أمرا معقدا متداخلا، تبنى عليه الاستراتيجيات العلاجية برمتها، لذا لابد من الإحاطة بالجانب النظري إحاطة تامة والتروي بإصدار الأحكام.

الكشف: Screening

وهو عملية أولية تمهيدية للمراحل اللاحقة، يقوم بها الوالدان والمعلمون والفريق المتخصص. ويشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع وصادق للنشاطات التي تطبق بتنظيم على مجموعة من الأطفال، بغية التعرف على الأطفال الذين يعانون من صعوبات من أجل إحالتهم لعملية الفحص والتقييم.

وقد أصبح التركيز على عملية الكشف وإجراءاته خلال العقدين السابقين تركيزاً يتصف بالفعالية، وقد جاء هذا الاهتمام من خلال الاعتقاد الذي ترسخ من نتائج الأبحاث في أن الكشف والتدخل المبكر يساعد على قلة انتشار اضطرابات السلوك. (يحي، ٢٠٠٣، ص١٠٦).

إذ يرتبط الكشف المبكر ارتباطاً وثيقاً بالوقاية من الإعاقة، ويتطلب تنفيذ حملات توعية واسعة النطاق بغية تشجيع المجتمع على التعرف إلى الأطفال المرشحين

لبرنامج التدخل المبكر، علاوة على ذلك فإن الكشف يسعى إلى فرز الأطفال المعوقين ويستهدف الوصول إلى الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة على اعتبار أن التدخل المبكر نحوهم قد يحول دون تفاقم مشكلاتهم وبالتالي الوقاية من حدوث الإعاقة لديهم. (الخطيب، الحديدي، ١٩٩٨ ص١٧٥).

ويمكن الاعتماد على أكثر من طريقة للكشف عن اضطرابات السلوك أهمها:

١. تقديرات المعلمين: Teachers Ratings

يعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكيا في سن المدرسة وذلك للأسباب التالية:

- المعلمون مدربون على التعرف والتعامل مع أنماط تطور الشخصية عند الأطفال.
- إن وظيفة المعلم المتمثلة في التدريس داخل غرفة الصف تزوده بعدد من السلوكات المتنوعة التي تصدر عن الأطفال، فيصبح أكثر خبرة ومعرفة بها.
- يتفاعل المعلمون مع الأطفال عدة ساعات كل يوم.
- تزيد النشاطات الجماعية أو الفردية التي توفرها الظروف المدرسية من كفاءة المعلم عند إصداره الأحكام على سلوكيات الأطفال.

ومع أن المعلمين يعتبرون من أصدق المقدرين، إلا أن الدراسات أشارت إلى أنهم قد يكونوا متحيزين، وهذا يتضح من مقارنة تحويلات المعلمين التي يمكن أن تكون إما مبالغا فيها أو متحفظة جداً، فمثلاً يميل المعلمون إلى عدم تحويل حالات الانسحاب الاجتماعي والخجل، لأن مثل هذه الحالات لا تسبب إزعاجاً للمعلم وتأثيراً مباشراً على سير العملية التربوية في الصف. (يحي، ٢٠٠٣).

* لذا يجب على المعلم أن يراعي ما يلي قبل القيام بتحويل الطفل:

أ. تحديد أنواع السلوك التي تعتبر مضطربة وتستدعي الحاجة إلى التحويل.

ب. تسجيل المعلومات التي تم الحصول عليها من خلال الملاحظة المباشرة والسجلات المدرسية وآراء الآباء والأقران والمصادر الأخرى (William, L, 1996).

٢. تقديرات الوالدين: Parents Rating

يعتبر الوالدان مصدراً مهماً للمعلومات عن اضطرابات الطفل، ويمكن أن تجمع المعلومات من الوالدين إما من خلال المقابلات، أو من خلال قوائم الشطب أو

الاستبياناتن لكن هناك تساؤلات حول دقة ملاحظة الوالدين للطفل وثبات تقديراتهم، وعلى الرغم من ذلك فإن دورهم مهم جداً في عملية تحويل الطفل. (يحي، ٢٠٠٣).

٣. تقديرات الأقران: Peers Ratings

وهي إحدى الطرق المستخدمة للكشف عن المشكلات الاجتماعية والانفعالية. وقد أشارت نتائج بعض الدراسات أن الأطفال في المدرسة في كل الأعمار قادرون على التعرف على المشكلات السلوكية، ولكن قد يكون من الصعب على الأطفال في الأعمار الصغيرة معرفة السلوك الطبيعي أو المقبول وتحديده ولكن يختلف الأمر من حالة الأطفال الأكبر سناً حيث يصبحون أقل تمركزاً حزل ذواتهم، وبذلك يستطيعون ملاحظة دلالات أو إشارات السلوك غير العادي. كما تستخدم المقاييس "السوسيومترية" التي تركز على العلاقات الشخصية والاجتماعية في المجموعة لقياس إدراك الطفل وهي مفيدة في طرق الكشف، وإذا ما فسرت بحرية فإنها يمكن أن تكون ذات فائدة للمعلم في عملية التخطيط لطرق التدخل المبكر.

٤. تقدير الذات: Self Rating

تعتبر تقديرات الذات مصدراً آخر للحكم على التكيف، فمن خلال تقدير الطفل لذاته، يمكن أن يساعد ذلك في التعرف إلى المشكلات التي يعاني منها، وقد أشارت الدراسات إلى أن تقديرات المعلمين للأطفال المضطربين أفضل عندما يكون السلوك المضطرب الموجه نحو الخارج كالعدوان والتخريب والحركة الزائدة، ولكن التقدير الذاتي يكون أفضل في حالة الاضطراب الموجه نحو الداخل، والذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر والاتجاهات والأمور الداخلية، وهذه التقديرات مفيدة للأطفال غير المقتنعين بأنفسهم أو الدفاعيين.

٥. التقديرات المتعددة: Multiple Rating

إن طبيعة الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، والتعقيدات "السيكومترية" لإجراءات الكشف المختلفة، جعلت عدداً من الباحثين يوصون بأن هناك حاجة ملحة للتنويع بطرق جمع المعلومات عن طبيعة نمو وتطور الطفل وتكيفه.

ومن الأدوات شائعة الاستخدام التي توفر معلومات عن جميع الجوانب المتعلقة بالطفل في المواقف المختلفة A Process for in School Screening of Emotional Handicapped Children وتتضمن هذه الأداة تقديرات المعلمين والأقران والذات. (يحي ٢٠٠٣، ص١٠٨-١١٠).

وقد يسهم استعراض بعض الدلالات التي تشير إلى وجود اضطرابات سلوكية وانفعالية لدى الأطفال في تفعيل دور المعلمين في الكشف عنهم من هذه الدلالات:

- عدم الثقة بالنفس، عدم القدرة على بناء العلاقات الاجتماعية المناسبة مع الأقران والوالدين والمعلمين، تدني مستوى التحصيل الأكاديمي، تباين السلوك من وقت إلى آخر، الانسحاب الاجتماعي، العدوانية المفرطة، نوبات الغضب، النشاط الجسمي المفرط، عدم القدرة على التركيز والانتباه، عدم إدراك نتائج الأفعال، إظهار أنماط سلوكية غير هادفة بشكل متكرر.

(الخطيب، الحديدي، ١٩٩٨، ص١٨٦-١٨٧).

التعرف والتشخيص: Identification and Diagnosis

تهدف هذه المرحلة إلى التأكد من وجود مظاهر الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال المشكوك بهم. (الروسان، ٢٠٠١، ص٢٣٥).

والتشخيص هو إجراء تقويمي معمق وتفصيلي يطبق على الأطفال الذين تم الاشتباه بوجود مشاكل لديهم أثناء عملية الكشف، والهدف من ذلك تحديد فيما إذا كان لدى الطفل حاجات خاصة أو لا وفي حالة وجودها تحديد طبيعتها وما هي وأسبابها إذا كان ذلك متيسراً واقتراح إجراءات التدخل المناسبة. (الخطيب، الحديد، ١٩٩٨).

يجب أن تكون هذه العملية فردية شاملة، وأن تتناول جميع الجوانب المتعلقة بالمشكلة الانفعالية والسلوكية عند الطفل، وأن يقوم بها فريق متعدد التخصصات يتضمن على الأقل إخصائياً لديه معرفة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية، كما تجب مشاركة الوالدين في هذه العملية بوصفها مصدراً للمعلومات التقييميّة وهدفاً محتملاً للتدخل العلاجي. (يحي، ٢٠٠٣، الخطيب، الحديدي ١٩٩٨).

* تتضمن عملية التشخيص الشامل للاضطرابات الانفعالية والسلوكية الجوانب التالية:

١. التعرف والتشخيص في الجوانب الطبية والبيولوجية.

٢. التعرّف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية والتربوية.

٣. تقييم الجوانب الاجتماعية.

أولاً: التشخيص البيولوجي Biological Assessment

يحاول الباحثون والمعالجون منذ سنين طويلة الوصول إلى دلائل حول وظائف الدماغ والأجزاء الأخرى من الجهاز العصبي بغرض فهم الأداء النفسي الوظيفي الطبيعي والشاذ، حيث يفترض المهتمين بعلم النفس المرضي "Psychopathology" أن بعض نواحي العجز أو القصور النفسي قد تكون بمثابة انعكاس للقصور الجسمي. (Davison & Neale, 2001, P.91).

وقد أدى هذا الافتراض بأن المشاكل السلوكية قد تكون ناتجة عن خلل في الدماغ إلى استخدام فحوصات عصبية متعددة على مدى سنوات طويلة بهدف تشخيص هذا الخلل مثل فحص الانعكاسات، وفحص شبكية الدماغ لتقصي وجود أي عطب في الأوعية الدموية كذلك تقييم التناسق الحركي والإدراكي.

وتتوفر في يومنا هذا العديد من الأدوات والأساليب الحديثة التي تمكن الباحثين والمعالجين من ملاحظة بناء وظائف الدماغ مثل:

تصوير الدماغ: Seeing the Brain – Brain Imaging

١. الرسم السطحي المحوري CT Scan، باستخدام الكمبيوتر ويساعد هذا الفحص في تحديد الخلل في بناء الدماغ، إذ يمر شعاع متحرك من أشعة إكس في مقطع عرضي أفقي من دماغ المريض ويتفحصه بدقة على مدى (٣٦٠) درجة، هذا وتقيس الأداة أيضاً كمية الإشعاع النافذة الذي يمكن من اكتشاف الاختلافات البسيطة في كثافة النسيج، ثم يقوم الكمبيوتر برسم صورة مفصلة ذات بعدين للمقطع العرضي. ومن الممكن أن تظهر الصور الناتجة تضخم تجاويف أو بطينات الدماغ بسبب تلف الأنسجة والأورام والجلطات الدماغية.

٢. وقد ظهرت أجهزة كمبيوتر أحدث تمكن من مشاهدة الدماغ الحي أثناء تأديته لوظائفه مثل جهاز Magnetic Resonance Imaging (MRI) حيث يوضع المريض داخل دائرة مغناطيسية وتعطي إشارات كهرومغناطيسية، ثم قراءة هذه الإشارات عن طريق الكمبيوتر المتصل بالجهاز وتترجم إلى صور لأنسجة الدماغ

حيث يتمكن الأطباء من خلال هذه الصور تحديد أي خلل في الأبنية الدماغية مهما كان دقيقاً.

٣. كما وظهر جهاز أكثر حداثة يدعى Function MRI (FMRI)، يقوم عمل هذا الجهاز على أساس سرعة التصوير التي تمكن من قياس التغيرات الأيضية بحيث تمكن من إنتاج صور للدماغ أثناء عمله بالإضافة لبنيته، وقد أظهرت دراسات حديثة أجريت باستخدام هذا الأسلوب التشخيص أن نشاط الفحص الأمامي لدى مرض الفصام أثناء أداء مهمة معرفية أقل منه لدى الأشخاص العاديين. (المرجع السابق، ص٩٣).

٤. فحص Position Emission Tomography (PET)، وهو فحص أوسع وأكثر كلفة ويقيس كل من بناء الدماغ ووظيفته، يقوم هذا الفحص على استخدام مادة تتضمن نظير مشع يتم حقنه في مجرى الدم حيث تصدر الجزئيات المشعة جسيم موجب يدعى "Positron" يتحد مع الإلكترون بسرعة، ثم تبدأ أزواج من هذه الجسيمات ذات الطاقة العالية بالاندفاع في الجمجمة من جهة إلى أخرى، وتتم متابعة تحركات هذه الجزيئات بواسطة الجهاز ثم يحللها الكمبيوتر ويحولها إلى صور ملونة تبين ما يجري داخل الدماغ، ومن الممكن أن تظهر الصورة أماكن نوبات الصرع وسرطان الدماغ والجلطات الدماغية أو إصابات الرأس ... وغير ذلك، كما يستخدم (PET) لدراسة العمليات البيولوجية غير الطبيعية المحتملة التي قد تكون سبباً للفشل مثل فشل القشرة الأمامية في دماغ مرضى الفصام في أي نشاط أثناء محاولتهم أداء مهمة معرفية[١].

التشخيص العصبي الكيميائي Neurochemical Assessment

ويتم التشخيص العصبي الكيميائي عن طريق تحليل المواد الأيضية للموصلات العصبية والتي تكون قد تكسرت الأنزيمات، ويمكن الكشف عن هذه المواد في البول والدم وسائل النخاع الشوكي، فمثلاً لدى المصابين بالاكتئاب نسب منخفضة من "Serotonin" وهي مادة ناشئة عن الأيض وتلعب دوراً مهما في حدوث الاكتئاب[٢].

---

(١) المرجع السابق، ص٩٤.

(٢) المرجع السابق ص٩٤

التشخيص النفسي العصبي Neuropsychological Assessment:

من الضروري هنا التمييز بين عمل طبيب الأعصاب وعمل الأخصائي النفسي العصبي (Neuropsychologist)، فعلى الرغم من أن كلا الاختصاصين يتعلقان بدراسة الجهاز العصبي المركزي إلا أن هناك فرق بينهما وهو أن أخصائي الأعصاب هو الطبيب المختص بالأمراض التي تؤثر على النظام العصبي مثل الحثل العضلي والشلل الدماغي والزهايمر، أما الأخصائي النفسي العصبي فهو شخص مدرب كأخصائي نفسي يهتم بالأفكار والمشاعر والسلوك بالإضافة إلى التركيز على كيفية تأثير اختلال الدماغ على السلوك.

يعمل كل من طبيب الأعصاب والأخصائي النفسي العصبي بشكل تعاوني ويساهم كل منهما في عمل الآخر بطرق مختلفة وذلك بهدف التعرف على كيفية عمل الجهاز العصبي وكيفية معالجة المشاكل التي قد تكون ناتجة عن مرض أو إصابة في الدماغ وعلى الرغم من وجود الوسائل والأجهزة المتطورة لفحص وتشخيص الاختلالات الدماغية إلا أن كثيراً من هذه الاختلالات على درجة كبيرة من الدقة بحيث لا يمكن ملاحظتها مهما بلغت درجة الدقة في الوسيلة أو الجهاز. لهذا قام أخصائيو "النفس عصبيون" بتطوير اختبارات لتشخيص الاضطرابات السلوكية الناتجة عن خلل دماغي، تدعى بالاختبارات النفسية العصبية Neuropsychological Tests.

وغالباً ما يتزامن استخدام هذه الاختبارات مع أساليب تشخيص وتصوير الدماغ سالفة الذكر، وتعتمد هذه الاختبارات على فكرة أن وظائف نفسية مختلفة مثل السرعة الحركية، الذاكرة، اللغة، تقع في مناطق أو مراكز مختلفة من الدماغ لذا فإن نواحي الضعف في الأداء على اختبار معين يمكن أن تعطي تلميحات حول موقع الخلل في الدماغ.

أ. Halsted – Reilan Battery (تعديل بطارية هيلستد):

أحد الاختبارات النفسية العصبية هو تعديل (Reilan) لسلسلة اختبارات طورت سابقاً من قبل (Halsted) ويتعلق كل اختبار من هذه السلسلة بوظيفة مختلفة وتتضمن هذه البطارية أربع اختبارات:

١. اختبار الأداء اللمسي – الوقت: Tactile Performance Test – Time

وبه يحاول المريض وعيناه مغطيتان أن يضع مكعبات مختلفة الأشكال في أماكنها الصحيحة على لوحة الأشكال باستخدام اليد والمسطرة أولاً ثم الأخرى وفي النهاية كليهما.

٢. اختبار الأداء اللمسي – الذاكرة: Tactile Performance Test- Memory

بعد الانتهاء من الاختبار المؤقت السابق، يطلب من المشارك أن يرسم شكل اللوحة من الذاكرة، وإظهار المكعبات في أماكنها الصحيحة، ويقيس هذان الاختباران الخلل في الفص الجداري الأيمن (Parietal Lobe).

٣. اختبار التصنيف: Category Test

وبه تعرض على المريض صورة مرقمة على الشاشة، ثم يقوم المريض باختيار رقم من أربعة بالضغط على زر، ثم يشير صوت جرس إلى كون الاختيار صحيح أو خطأ، ويقيس هذا الاختبار القدرة على حل المشكلات وبالتحديد القدرة على استخلاص مبدأ من بين عدد كبير من الأحداث غير اللفظةي ويشير العجز عن الأداء في هذا الاختبار إلى خلل في الدماغ.

٤. اختبار فهم أصوات الكلام: Speech Sound Perception Test

وبه يستمع المشارك إلى سلسلة من الكلمات التي لا معنى لها، وتتألف كل كلمة من مقطعين مع صوت e في الوسط ثم يطلب منه اختيار الكلمة التي سمعها من بين مجموعة بدائل، يقيس هذا الاختبار وظيفة الفص الأيسر وخصوصاً المنطقة الصدغية والمنطقة الجدارية[١].

ب. بطارية اختبارات "لوريا نبراسكا" Luria-Nebraska Battery

تعتمد الاختبارات الشائعة الاستخدام على عمل العالم الفرنسي Luria (١٩٠٢–١٩٧٧) وتتكون من (١٦٩) فقرة موزعة على أحد عشر قسماً بهدف التعرف على المهارات الحركية الأساسية المركبة مثل قدرات الإيقاع، الخطو والمهارات اللمسية Tactile والإحساس بالحركة Kinesthetic والمهارات اللفظية والمكانية، واللغة الاستقبالية والتعبيرية، ومهارات القراءة والكتابة والحساب، وعمليات الذاكرة، والقدرة العقلية.

(١) المرجع السابق، ص٩٦.

تساعد الدرجات على هذه الأجزاء بالإضافة إلى درجات الفقرات الإثنين والثلاثين التي وجد أنها الأكثر تميزاً والتي تشير إلى الإعاقة ككل، في الكشف عن الخلل في الفص الأمامي والصدغي والمنطقة الحس حركية، والمنطقة الجدارية في مؤخرة الدماغ (القالية).

من الممكن تطبيق بطارية لوريا – نبراسكا في غضون ساعتين ونصف وتتضمن طريقة تصحيحها درجة عالية من الصدق، كما يوجد لهذا الاختبارات صور مكافئة.

ويعتقد أنه باستخدام اختبارات لوريا – نبراسكا في غضون ساعتين ونصف وتتضمن طريقة تصحيحها درجة عالية من الصدق، كما يوجد لهذا الاختبارات صور مكافئة.

ويعتقد أنه باستخدام اختبارات لوريا – نبراسكا يمكن التعرف على آثار الخلل الدماغي التي من الصعب الكشف عنها عن طريق الفحوصات العصبية، وتتمثل نواحي العجز في المجال المعرفي أكثر منها في المجالات الحسية الحركية التي تركز عليها أساليب التشخيص العصبية (مثل تشخيص الانعكاسات).

ومن مزايا اختبارات لوريا – نبراسكا أيضا، إمكانية ضبط مستوى التعليم وبهذا فإن الأشخاص الأقل تعليماً سوف لا يحصلون على درجات أدنى بسبب خبرتهم التعليمية المحدودة فقط.

وقد وجد أن النسخة المعدة للأطفال ذوي الأعمار (٨–١٢) عاماً، ذات فائدة في تشخيص الخلل الدماغي وتقييم نقاط القوة والضعف لدى الأطفال[1].

التشخيص النفسي الفسيولوجي Psychophysiological Assessment

يهتم هذا الجانب بالتغيرات الجسمية التي تصاحب المواقف النفسية، مثل التغير في معدل نبضات القلب، التوتر العضلي، تدفق الدم في أجزاء متعددة من الجسم، كذلك الموجات الدماغية، وتستخدم هذه كمقاييس لدراسة التغيرات الجسمية عندما يكون الفرد خائفاً أو مكتئباً أو متخيلاً أو يقوم بحل معضلة وهكذا ...

إن هذا النوع من التشخيص غير فعال لاستخدامه في التشخيص لكنه قد يزود بمعلومات مهمة مثلاً: عند استخدام أسلوب التعرض Exposure لمعالجة المريض بالقلق، سوف يكون من المفيد معرفة إلى أي مدى يمكن أن يظهر المريض إثارة عند

---

(١) المرجع السابق، ص٩٦.

تعرضه للمثير الذي يسبب القلق، والمرضى الذين يظهرون مستويات أعلى من الإثارة الجسمية قد يكون لديهم مستويات أعلى من الخوف، وهذا يؤدي إلى التنبؤ بفائدة أكبر للعلاج.

ويتم قياس نشاطات الجهاز العصبي اللاإرادي غالباً عن طريق مقاييس كهربائية وكيميائية بهدف فهم جميع العواطف، وأحد المقاييس المهمة هو مقياس نبض القلب، فكل نبضة قلب تحدث تغيرات في الجهد الكهربائي والتي يمكن تسجيلها عن طريق جهاز تخطيط القلب Electrocardiogram ECG ومقاييس Electrodermal Responding والذي يقيس زيادة نشاط غدد السكر التي تشير إلى الإثارة السيمبثاوية اللاإرادية، وهي مقياس للإثارة الانفعالية، كما يسمح التقدم التكنولوجي الآن للباحثين في دراسة التغيرات في ضغط الدم في مجرى الحياة الاعتيادية وذلك عن طريق آلة محمولة يرتديها المشاركين وتسجيل الضغط أتوماتيكياً مرات عديدة خلال اليوم، وبإرفاق تقارير ذاتية مع هذه المقاييس يستطيع الباحثون دراسة كيفية تأثير الأمزجة على ضغط الدم.

كما يمكن قياس نشاط الدماغ عن طريق جهاز تخطيط الدماغ Electroencephalogram EEG حيث يشير النشاط الكهربائي غير الطبيعي إلى الصرع، كما يساعد في تحديد أماكن الآفات الدماغية الأخرى.

تستخدم هذه المقاييس بشكل كبير في البحث في علم النفس المرضي، ويكون التشخيص أدق أثناء حدوث السلوك أو النشاط المعرفي، فمثلاً تتم دراسة الاستجابة النفسية الفيزيولوجية لدى مرض الوسواس القهري Obsessive-Compulsive أثناء عرض مثير مثل القاذورات والذي قد يستجر السلوك المشكل(١).

ثانياً: التعرّف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية والتربوية

Identification and Diagnosis in Educational Settings

تتضمن هذه العملية استخدام اختبارات تربوية ونفسية ملائمة ومتوفرة بالإضافة إلى الملاحظات الرسمية وغير الرسمية، كما يجب أن تؤخذ ملاحظات الوالدين والمعلمين

---

(١) Davison & Neale, 200, p.97 .

وتقديراتهم بعين الاعتبار، وقد طالب القانون العام ١٤٢ - ٩٩ PL بأن تتصف الاختبارات وأدواتها بما يلي:

١. أن تكون لغة الاختبار بلغة الطفل المحلية (اللغة الأم).

٢. أن تكون صادقة بحيث تقيس الأهداف ما وضعت لأجله.

٣. أن تكون هذه الاختبارات مؤهلة لقياس مناطق محددة للحاجات الأكاديمية عند الطفل(١).

الأساليب والأدوات المستخدمة في الجوانب التربوية:

تتضمن الأساليب والأدوات المستخدمة لأهداف تشخيصية في الجوانب التربوية: التحليل، الملاحظة المباشرة للسلوك، واختبارات الشخصية من خلال الورقة والقلم واختبارات الذكاء والاختبارات التي تقيس الإدراك الحركي واختبارات الحدة البصرية والسمعية، والتقييم الأكاديمية والتربوي.

١. تحليل الجوانب المتعلقة بالبيئة الصفية: Analysis Settings

إن عملية تحليل الظروف الصفية مهمة في عملية التقييم والتشخيص لسببين حيث أنها تساعد في:

١. تحديد فيما إذا كانت البيئة الصفية متعلقة بالمشكلة.

٢. تغيير العوامل التي ظهر أنها مؤثرة بشكل كبير وفعال في ظهور السلوك المضطرب عند الطفل من خلال إجراء التدخل المطلوب.

أما بالنسبة للعوامل التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار من خلال الملاحظة المباشرة لغرفة الصف فهي:

أ. عدد الطلاب في غرفة الصف: إن عدد الطلاب الكبير داخل غرفة الصف قد يؤثر على أداء المعلم، ويزيد الضغط عليه ولن يمكنه من إعطاء التوجيهات الفردية لطلابه، ويزيد من مستوى الضجيج في غرفة الصف.

ب. المساحة داخل غرفة الصف: إن طبيعة ترتيب المقاعد داخل غرفة الصف سيؤثر على عملية التفاعل ما بين المعلم والطلاب، فوضع المقاعد على شكل خطوط مستقيمة تجعل التفاعل ما بين الطلاب والمعلم بشكل فردي، بينما المقاعد بشكل U

---

(١) يحي، ٢٠٠٣، ص١١٠.

سيزيد من التفاعل بين الطلاب، كما يجب أن تؤخذ طبيعة الطفل بعين الاعتبار عند ترتيب غرفة الصف، وموقع مقعد الطفل بشكل فردي أيضاً مهم، فالعزلة الجسدية لمقعد الطفل عن مجموعة الصف سوف يولد عنده مشاكل اجتماعية، كذلك إذا كان مقعده في موقع قريب من الباب أو قرب طلاب يمثلون نموذجاً سلبياً للطفل، فإن ذلك قد يعود على المعلم بمشكلات هو بغنى عنها.

ت. طبيعة المقاعد: إن المقاعد المريحة مهمة جداً، إذ يجب أن يكون حجم المقعد ونوعه مناسبين بالنسبة للطفل الذي يعاني من الحركة الزائدة، فإن لم يكن المقعد ملتصقاً بالطاولة يعتبر مشكلة[١].

٢. الملاحظة المباشرة للسلوك: Direct Observation of Behavior

تعتبر طريقة الملاحظة المباشرة للسلوك داخل غرفة الصف من الأساليب المفيدة في جمع المعلومات التشخيصية عن مشاكل الطفل السلوكية، وتكون أهمية المعلومات التي تجمع بهذه الطريقة أن السلوك الفردي دائم التبدل والتغير، ويتأثر بعوامل ومتغيرات كثيرة، فعلى سبيل المثال الطفل الذي يفضل معلماً ما داخل غرفة الصف نفسه مع معلم آخر نجد أن سلوكه لا يتصف بالتعاون[٢].

ميزات ومساوئ الملاحظة:

ميزات الملاحظة:

١. الميزة الرئيسية في الملاحظة كونها مباشرة، فالملاحظ لا يسأل الأفراد عن وجهات نظرهم أو مشاعرهم أو اتجاهاتهم، إنه يراقب ما يفعلون ويستمع لما يقولون.

٢. تختلف المعلومات المحصلة عن طريق الملاحظة المباشرة عن تلك المحصلة بالأساليب الأخرى وغالباً ما تكملها بشكل مفيد، فالاستجابات الناتجة عن المقابلة والاستبيانات معروفة بوجود فروق بين ما يقال وبين ما فعل أو سيفعل فعلياً.

٣. تزود الملاحظة بمعلومات موضوعية عن السلوك في عالمه الحقيقي وتحد من التصنع الموجود بالأساليب الأخرى.

مساوئ الملاحظة:

---

(١) يحي، ٢٠٠٣، ص١١١ – ص١١٢

(٢) المرجع السابق، ص١١٣.

١. قدرة الملاحظ في التأثير في الحالة التي يلاحظها، فقد يكون سلوك الطفل في حضور المعلم مختلفاً عنه في حالة غيابه.

٢. تبديد الوقت، فالملاحظة المباشرة تتطلب وقتاً طويلاً واستغراقاً كما أن تطوير أدوات للملاحظة مثل قوائم الشطب يتطلب وقتاً، وكذلك الأدوات الجاهزة تتطلب وقتاً وجهداً في التدرب على استخدامها[١].

تتضمن الملاحظة جمع المعلومات وتنقسم إلى قسمين:

١. معلومات غير رسمية: إن طرق جمع المعلومات غير الرسمية يكون أقل تنظيماً، وتسمح للملاحظ بحرية كبيرة في اختيار ماذا يجمع من معلومات وكيف يسجلها، هذا النوع من البيانات غير منظم ومعقد نوعاً ما ويتطلب من الملاحظ القيام بمهمات صعبة في تحليل واستخلاص وتنظيم البيانات.

٢. معلومات رسمية: يكون جمع المعلومات بالطريقة الرسمية على قدر كبير من التنظيم، حيث يتم وضع تعليمات حول ما سيلاحظ وعلى الملاحظ أن يعني فقط بالجوانب المجددة سلفاً، وأي شيء آخر يعتبر غير ذي علاقة حيث يتم إهمال أي بيانات أخرى لا علاقة لها بالسلوك المستهدف قياسه.

إن الوصول إلى درجة صدق وثبات عالية في الطريقة الرسمية أسهل، لكن الطريقة غير الرسمية أقل تعقيداً وأكثر اكتمالاً[٢].

ويطلق على طرق جمع المعلومات الرسمية اسم الملاحظة المنظمة.

الملاحظة المنظمة: Structured Observation

هي طريقة لقياس السلوك كمياً، وتتضمن أقصى درجات التنظيم حيث تهتم بالتنظيم المسبق للتصنيفات أو الفئات قيد الملاحظة، وتكون التقارير في هذه الطريقة عبارة عن سجل موضوعي لأنواع سلوك ملاحظة محددة، تتضمن الملاحظة المنظمة استخدام عدد من برامج التسجيل، ويعتمد استخدام الملاحظ للبرنامج على نوع البيانات التي يرغب في جمعها:

---

(١) Robson, 1993, P.191-192

(٢) المرجع السابق، ص١٩٤.

فقد يعتمد التسجيل على الوقت (التسجيل في فاصل زمني محدد)، أو على الحدث (انتظار حدوث حدث معين وملاحظة نوعه).

١. تسجيل الفواصل الزمنية: Interval Coding

حيث تقسم فترة الملاحظة إلى عدد من الفواصل الزمنية وغالباً ما تكون عشر ثوان أو خمسة عشر ثانية، ثم يتم تسجيل المعلومات عند تكرار السلوك خلال الفاصل الزمني. ومن الممكن اختيار عينات زمنية Time Sampling، حيث يقوم الملاحظ بتسجيل حدوث السلوك عند انتهاء الفاصل الزمني.

٢. تسجيل الأحداث: Event Coding

وهنا يجب التمييز بين الأحداث المؤقتة والحالات السلوكية، حيث تكون الحالات المؤقتة موجزة ومنفصلة، مثل (ابتسام الطفل) والاهتمام بها يكون عندما تحدث تلك الأحداث وكمية تكرارها، أما الحالات السلوكية، فهي أحداث لفترات يمكن تقديرها (مثل نوم الطفل)، ومن الممكن استخدام الحاسوب في تسجيل وتخزين أوقات الحدوث بالنسبة للأحداث المؤقتة، وأوقات البداية والنهاية للحالات السلوكية، وقد تكون قوائم الشطب البسيطة كافية لتسجيل الأحداث حيث تقسم إلى فترات زمنية ثابتة يسجل ضمنها تكرار حدوث الحدث.

أما بالنسبة لتسجيل الحالة "State Coding" فقد تكون قوائم الشطب البسيطة وسجلات المتابعة التي تشير دائماً إلى تغير الحالة (مثلاً من النوم حتى اليقظة) ذات فائدة بالإضافة إلى إدراج معلومات زمنية عن وقت البدء والانتهاء، وهناك أدوات تسجيل إلكترونية متوفرة، تقوم بتسجيل أوقات البدء والانتهاء للحالات مباشرة عن طريق ضغط مفتاح[1].

وتتميز الملاحظة بعدد من الخصائص الرئيسية ومنها:

١. الاعتماد على الرؤية والسمع والتركيز على ما سيفعل الفرد، ويقول لا على ماذا يفكر.

٢. الاعتناء بتفاصيل الممارسات اليومية التي تساعد على فهم ما يجري في بيئة معينة كما أنها تزود بأدلة ومؤشرات على جوانب أخرى من الحقيقة.

---

(١) Robson, 1993

٣. يجب أن يصف الملاحظ الزمان والمكان الذي جمعت به البيانات حيث يتم فهم الحدث فقط عندما تتم دراسته ضمن بيئة اجتماعية وتاريخية أوسع.

٤. النظر إلى المواقف الاجتماعية على أنها عبارة عن تشكيل من سلاسل الأحداث المتداخلة.

٥. يتميز منحى الملاحظة غير المنظم (المفتوح) بأنه يزيد من احتمالية العثور على قضايا غير متوقعة تساعد في فهم الوضع والظروف بشكل أفضل[١].

يتوجب على المعلم كملاحظ أن يقيم بدقة الطريقة التي سيتم من خلالها قياس السلوك، إذ تجب ملاحظة السلوك في المكان والزمان إلى ما يحدث فيه السلوك، وتحديد الأسلوب الذي سيتم من خلاله جمع البيانات، وتحديد الشخص الذي سوف يقوم بجمعها وملاحظتها وتسجيل المعلومات داخل سجل خاص (يحدد فيه السلوك وشدته وتكراره).

خطوات تحضير إجراءات الملاحظة:

١. من الذي سيقوم بها؟

٢. ما الذي ستتم ملاحظته؟

٣. ما هو المكان وأين؟

٤. كيف يسجل الملاحظ البيانات؟

٥. بعد جمع المعلومات توضع في تقرير مختصر وترسم بيانياً.

وعند تفسير المعلومات التي جمعت من خلال الملاحظة لابد من مراعاة ما يلي:

١. أنها لا تفسر المعلومات بشكل دقيق.

٢. من الضروري ملاحظة عينات سلوك الطالب لأن سلوكه يتصف بالتغير في المواقف المختلفة.

٣. أن يحدد السلوك المراد ملاحظته بدقة.

٤. إذا قام بالملاحظة اثنان يجب أن يكون بينهما اتفاق على البيانات التي تم جمعها[٢].

---

(١) Silverman, 1993, p.31

(٢) يحي: ٢٠٠٣، ص١١٤.

٣. اختبارات الورقة والقلم لقياس الشخصية:

Paper – and – Pencil Test Personality

تستخدم هذه الاختبارات في المواقف التعليمية، وفي قياس أبعاد الشخصية وأنماط التكيف عند الأفراد، وهناك عدد من الطرق المختلفة لتقييم الشخصية، منها مقاييس تقدير السلوك، وأدوات التقدير الذاتي، وقوائم شطب، ومقاييس مفهوم الذات ومن هذه الأدوات:

*** قائمة شطب المشاكل السلوكية لـ (كوي وبيرسون)**

Behavior Problems Checklist (Quay & Peterson 1967)

وتستخدم لقياس خصائص المشاكل السلوكية عند الأطفال والمراهقين، وتقيس أربع أبعاد للمشاكل السلوكية وهي:

١. الاضطرابات السلوكية مثل العدوان.

٢. اضطرابات الشخصية مثل الانسحاب.

٣. عدم النضج.

٤. الأنماط الثقافية والاجتماعية.

دليل بريستول للتكيف الاجتماعي لـ (مارستون)

Bristol Social Adjustment Guides (Marston 1970)

طور هذا المقياس لتقييم المشاكل السلوكية عن الأطفال واليافعين من الأعمار (٥-١٦) سنة، بحيث يستخدم في البيئة المدرسية، ويمكن تطبيق وتفسير العلامات من قبل المرشد والأخصائي النفسي والمعلم، ويمكن أن يستخدم كأداة للكشف، وله استخدامات أخرى مثل وصف السلوك الملاحظ من قبل المعلم للأخصائي الإكلينيكي بشكل له معنى وكأساس للجلسات الإرشادية، ولتقييم فعالية التدخل العلاجي وفي تطوير الأبحاث[1].

مقياس بيركس لتقدير السلوك Burks Behavior Rating Scale:

---

(١) يحي، ٢٠٠٣، ص١٥٥-١٦٦

يستخدم هذا المقياس لتقدير السلوك وهو من المقاييس البارزة في تشخيص المضطربين سلوكياً وانفعالياً، صممه بيركس عام (١٩٧٥-١٩٨٠) بهدف التعرف إلى مظاهر الاضطرابات الانفعالية للأفراد من عمر السادسة فأكثر، ويتألف هذا المقياس من (١١٠) فقرات موزعة على ١٩ مقياساً فرعياً، وقد تحققت للمقياس في صورته الأصلية دلالات صدق وثبات مقبولة، وقد جرى تطوير هذا المقياس في البيئة البحرينية[١] وقد استخرجت له دلالات صدق وثبات مقبولة أما المقاييس الفرعية التي يتضمنها المقياس فهي: الإفراط في لوم الذات، الإفراط في القلق، الانسحابية الزائدة، ضعف الأكاديمي، ضعف الانتباه، ضعف القدرة على ضبط النشاط، ضعف الاتصال بالواقع، ضعف الشعور بالهوية، الإفراط في المعاناة، الضعف في ضبط مشاعر الغضب، المبالغة في الشعور بالظلم، العدوانية الزائدة، العناد والمقاومة، ضعف الانصياع الاجتماعي[٢].

مقياس السلوك التكيفي التابع للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:

والذي أعد من قبل (نهيرا وزملاؤه ١٩٥٩) ويهدف إلى التعرف على جوانب السلوك التكيفي وغير التكيفي لدى الأطفال المعوقين عقلياً والمضطربين انفعالياً، ويتكون هذا المقياس من قسمين رئيسين: يتعلق القسم الأول بالسلوك التكيفي، وغُطي بتسعة أبعاد رئيسية تضمنت ٥٦ فقرة، أما القسم الثاني فيتعلق بالسلوك غير التكيفي، والذي غُطي في أربعة عشر بعداً تضمنت ٤٤ فقرة، وقد تم تطوير المقياس في عدد من البلدان منها الأردن[٣].

اختبارات الذكاء Intelligence Testing:

وتستخدم هذه الاختبارات في التقييم التشخيصي لأنها تزودنا بمعلومات عن قدرات الطفل المعرفية والعلاقات بين الصراعات الانفعالية للطفل ولقياس قدرته العقلية، ومن أكثر الاختبارات المستخدمة في قياس القدرة العقلية هو مقياس (ويكسلر)، حيث يمكن

---

(١) القريوتي وجرار ١٩٨٧

(٢) الروسان، ٢٠٠١، ص٢٣٦.

(٣) الروسان، ١٩٨١.

قياس الاضطراب السلوكي والانفعالي عن طريق تحليل التشتت ضمن اختبارات (ويكسلر) الفرعية، أو عن طريق تحليل الفقرات ضمن الاختبارات الفرعية الخاصة[1].

ثالثاً: التقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية

Diagnostic Evaluation in Mental Health Setting

إن الهدف من وراء التقييم هو توضيح طبيعة الصراعات التي يتعرض لها الطفل وأسرته، ويتم الكشف عن هذه الصراعات من قبل الأخصائي النفسي في المقابلة الإكلينيكية أو من خلال الاختبارات النفسية، أو من خلال الأخصائي الاجتماعي في مقابلات الوالدين.

١. المقابلات الإكلينيكية Clinical Interviews:

المقابلة الإكلينيكية عبارة عن إجراء متكامل لأي تقييم نفسي، وتقدم مصادر غنية من البيانات وتقسم المقابلة الإكلينيكية إلى:

١. المقابلة شبه التركيبية:

تهدف هذه المقابلة إلى جمع المعلومات حول مظاهر عالم الطفل بحيث يحتفظ الإكلينيكي بالأسئلة حول ما يريد معرفته من حديث الطفل، وهنا لا يوجد حاجة لوضع أسئلة مخططة، ويجب الحصول على نموذج واسع من المشاعر والاتجاهات، وملاحظة علاقة هذه المشاعر بالمواقف والشخاص والذات، ويجب على المقابل أن يضع الطفل بموضع مريح، وأن يراعي وقت المقابلة ومكانها، وأن يقيم علاقة تتصف بالألفة مع الطفل، وأن تكون المحادثة بحرية وبنهاية مفتوحة، وأن يتصف المقابل الإكلينيكي بالتكيف مع استجابات الطفل.

٢. المقابلة ذات النهاية المفتوحة:

تستخدم هذه المقابلة في معرفة رأي الطفل بالشكاوي والضغوطات والبيئة المألوفة له مثل البيت، والأقران، والمدرسة، والنوم، والأكل، ورأي الطفل في نموه، وتاريخه، وما هي خططه للمستقبل؟ قبل البدء في المقابلة يقدر الأخصائي النفسي ما الذي سيتم إخبار الطفل عنه فيما يتعلق بوضع الاختبار؟ وما رأي الطفل بذلك؟ وكيف يشعر

---

(١) يحي، ٢٠٠٣، ص١١٦.

حول المشكلة؟ ويجب على المقابل أن يبدأ بالأسئلة التي يتم الإجابة عنها بشكل تلقائي (مكان السكن، الولادة، السن).

وعند مناقشة الطفل والاستماع لشكواه، سيقود هذا بسهولة إلى إعطاء وصف دقيق عن الحياة اليومية للطفل، ويمكن الحصول على المعلومات من خلال المحادثة غير الرسمية معه.

ويمكن إضافة مجمعة من الاختبارات إلى المقابلة الإكلينيكية للأطفال، لأن الطفل سيبدأ بإظهار نظرته للواقع بعد تحقيق الألفة بينه وبين المقابل.

تتطرق أسئلة المقابلة الإكلينيكية إلى موضع من مثل (ديناميكيات الأسرة، الانفعالات، الخبرة المدرسية الأكاديمية، الصحة الجسمية، العلاقة مع الزملاء، الوالدين، الذات) [١].

٢. الاختبارات النفسية: Psychological Testing

تستخدم هذه المجموعة من الاختبارات للكشف عن الصراعات التي يعاني منها الطفل، لمعرفة ما إذا كانت الأسباب ذاتية أو لعدم قدرته على التكيف، ومن هذه المقاييس:

أ. المقاييس الإسقاطية، ومنها:

اختبار (رورشاخ) "بقع الحبر" Rorshach Spot of Ink Scale، حيث يعتبر هذا المقياس من المقاييس الإسقاطية، ويقوم على فرض الافتراض بأن ربط الفرد بمثير بصري غامض، سيزودنا بمعلومات عن الذات، وفهم أكبر للوظائف الشخصية.

يتضمن المقياس (١٠) بطاقات تقدم بطريقة فردية للطفل، ويجب أن نتأكد من أن المفحوص قد فهم المطلوب، وفي هذا الاختبار يجب ملاحظة ثلاثة عناصر أساسية في الاستجابة كل البقعة أم تفاصيل فقط؟). الشكل (هل تتضمن الاستجابة الشكل؟) الحركة (هل هناك حركة ترتبط مع الاستجابة؟).

* تحلل العلامات لتفسير الوظيفة النفسية من خلال إسقاطات الطفل.

* وتوجد طريقتان لتفسير البقع:

الأولى: تعتمد على الناحية الكمية (بمقارنة الفرد مع الآخرين من الفئة العمرية التي ينتمي إليها نفسها).

---

(١) يحي، ٢٠٠٣، ص١٢٠.

الثانية: نوعية اختيار الفرد للاستجابات، يبرز المعلومات بخصوص تنظيماته النفسية الفردية.

ب. اختبارات الترابط الحسي:

وهي عبارة عن سلسلة من الصور وقصة تصف ما يحدث في كل بطاقة، ومن هذه الاختبارات:

- تفهم الموضوع للكبار Tematic Apperception Test (TAT) عشر صور.
- تفهم الموضوع للصغار Children Apperception Test (CAT) عشر صور.

تستخدم اختبارات الترابط الحسي كاختبار للبحث في ديناميكية الشخصية، بحيث تظهر في علاقات الشخصية، والترابط الحسي، وتفسير معاني البيئة[1].

رابعاً: التقييم التشخيصي في الجوانب الاجتماعية:

Diagnostic Evaluation in Social Setting

يقع التقييم في هذا الجانب بشكل رئيسي على عاتق المرشد الاجتماعي حيث يقوم بمقابلة الوالدين والتعرف على ظروف الأسرة من جميع الجوانب، الوضع الاقتصادي، البيئة المنزلية، الأفراد الذين يعيشون مع الأسرة كالجد والجدة، الوضع الصحي لأفراد الأسرة والأمراض المزمنة ......الخ.

مقابلة الوالدين: Parents Interview (المقابلة الأسرية)

جزء مهم من عملية التقييم للطفل هو إجراء مقابلة مع الوالدين، إما الأب، أو الأم، أو كلا الوالدين حيث تقيم العلاقة بين الطفل والوالدين، كذلك اتجاهات الوالدين نحو الطفل.

ويمكن تصنيف المعلومات التي تجمع خلال المقابلات كالتالي:

١. تفهم الوالدين لطبيعة المشكلة التي يعاني منها طفلهم، والمعلومات عن أسباب هذه المشكلة من وجهة نظرهم.

٢. تكيف الطفل مع العائلة، ومع الأطفال الآخرين في المدرسة، وتشمل أيضاً معلومات عن جوانب القوة والضعف في شخصية الطفل.

---

(١) يحي، ٢٠٠٣، ص١٢٣.

٣. معلومات عن تاريخ الحالة للطفل (نموه، تطوره).

٤. العلاقات العائلية سواء من قبل الطفل مع العائلة أو من بقية أفراد العائلة مع الطفل.

٥. معلومات عن الوالدين، ومن هذه المعلومات توفر رؤية واضحة عن السلوكات والاتجاهات المطلوب معرفتها، يستطيع الوالدن تقديم معلومات مهمة عن أطفالهما تفيد التقييم، فهما يعرفان طفلهما حق المعرفة من جميع الجوانب، لذا يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار كل المعلومات التي يستطيعان تقديمهما[١].

استراتيجيات الإرشاد:

تساعد أساليب الإرشاد الآباء على التعامل مع مشاعرهم، ويؤكد ابرامز وكاسلو (Abrams & Kaslow 1977) الحاجة للمعالجة التفاضيليه القائمة على فحص ديناميات الأسرة ومشكلات الطفل، ويقترحان مزاوجة ديناميات الأسرة بإحدى استراتيجيات المعالجة المختلفة السبع:

١. العلاج التربوي فقط: للطفل الذي لا يعاني مشكلات انفعالية والذي تكون أسرته مستقرة وسعيدة بصورة معقولة.

٢. العلاج الفردي فقط: ويكون للطفل الذي يتعذر التأثير في والديه كأن يكونا مدمني مخدرات، يتعاطيان الكحول، أو مصابين بالذهان أو يرفضون طفلهما كلياً.

٣. الإرشاد الجماعي (الجمعي) للآباء: ويكون للآباء الذين يفلحون في تدبير أُمورهم تماماً ويمكنهم الإفادة من الجلسات الجماعية التي تركّز على حل المشكلات العامة.

٤. العلاج الفردي مع التدريس: ويكون للأطفال ذوي الصعوبات التعليمية الذين يحتاجون إلى تدخل دراسي فردي منظم والذين لا يمكن الاتصال بآبائهم.

٥. العلاج المتزامن للطفل ووالديه مع معالجين مختلفين. ويكون للأسرة التي يعلو فيها منسوب القلق والتوتر بحيث لا يجدي معها إرشاد الطفل ووالديه معاً.

٦. العلاج المشترك للطفل ووالديه مع نفس المعالج ويكون عندما يمكن أن يخضع الوالدان وطفلهما لنفس المعالج دون أن يثير نزاعات أو تنافسات بين الأطراف المختلفة.

---

(١) يحي، ٢٠٠٣، ص١٢٤- ١٢٥.

٧. العلاج الأسري الموحّد للطفل ووالديه، وإخوانه، ويكون للأسر التي يمكنها أن تندمج في حل المشكلات في بيئة تعاونية[1].

ويقرر كلين (Klein) وزملاؤهُ نجاح العلاج النفسي التربوي الموجه نحو الأسرة في إعادة بناء الاتجاهات الوالدية التي تؤثر سلبياً على السلوك المدرسي ويحدد أربعة اتجاهات والدية تعيق التقدم المدرسي.

١. خلل وظيفي في الاتجاهات نحو السلطة: في هذه الحالة يفوّض الآباء مكانة المعم بإيقاع اللّوم عليه أو على المنهاج بالنسبة لمشكلات الأطفال المدرسية، ومع ذلك يطلب الآباء من الطفل الذهاب إلى المدرسة والتعلم مما يجعل الطفل يقع تحت وطأة رسالتين متناقضتين، فيصبح مشوشاً وغير مجدّ أو غير مولع بالمدرسة.

٢. خلل وظيفي في الاتجاهات نحو مسؤولية التعلم:ينظر الوالدان في هذه الحالة إلى الأداء الدراسي الضعيف للطفل بأنه "شيء لا يقلق على الإطلاق" إذ يعتقدون بأن الطفل غير مسئول عن الأداء المدرسي الكافي، وكأن الرسالة الموجهة إلى الطفل غالباً ما تكون:"واجهت بعض المشكلات في المدرسة تماماً مثلك وتخلصت منها على نحو جيد، وستنجح أنت في التغلب عليها"، ومثل هذا الموقف يؤدي بالطفل إلى عدم اعتبار العمل المدرسي مهماً، في الوقت الذي ينظر فيه بعض الآباء إلى التحصيل الدراسي كعامل حاسم للبقاء ويضعون على كاهل الطفل مطالب غير معقولة

٣. خلل وظيفي في الاتجاهات:قد يعتبر الوالدان الطفل بأنه ذو قدرات عقلية محدودة بينما هو ليس كذلك. أو قد يعتقدون بأنها مشكلة الطفل ويرفضون المشاركة في هذه المشكلة، ويخشيان أحياناً إذا تحسّن الطفل أن يتركهما خلفه فينهار تركيب الأسرة، وفي هذه الحالة الأخيرة على الطفل أن يبقي يعاني اضطراب التعلم ليتلقى حباً ودعماً والدياً مستمرين.

٤. خلل وظيفي في الاتجاهات المستمدة من العامل الثقافي: قد يرجئ الأطفال في ثقافة بعض الجماعات العمل الأكاديمي إلى بعد البلوغ، وقد يؤكد الوالدان بقوة في ثقافة جماعات أخرى على العمل الجاد والدراسة دون أدنى اعتبار لأهمية اللعب، ويمكن الوقوف على هذه الاتجاهات الأربعة لدى كل من المعلمين والآباء، وفي بعض

---

(١) مقدمة في صعوبات التعلم، د. رامي الوقفي ١٩١٨ عمان.

الحالات تسوّغ هذه الحالات العلاج، وفي حالات أخرى تعتبر موضوعات جيدة للنقاش في مجموعات الآباء واجتماعات الآباء والمعلمين.

خصائص المضطربين

سلوكياً وانفعالياً.

الخصائص النفسية والسلوكية

يمكن تحديد ثلاثة أنواع من الاضطرابات السلوكية عند الطلاب:

١. اضطرابات في السلوك الخارجي.(النشاط الزائد،العدوان،والجنوح).

٢. اضطرابات في السلوك الداخلي.(الاكتئاب،العصبية،والانسحاب)

٣. اضطرابات سلوكية قليلة الحدوث. (الفصام،التوحد).

الصفات الانفعالية والاجتماعية:

تتمثل الخصائص الاجتماعية للأفراد المضطربين انفعالياً، وخاصة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة والمتوسطة، في عدد من المظاهر:

١. السلوك العدواني:(Aggression Behavior)

تعريف السلوك العدواني: هو أي سلوك يعبر عنه بأي رد فعل يهدف إلى إيقاع الأذى أو الألم بالذات أو بالآخرين، إلى تخريب ممتلكات الذات أو ممتلكات الآخرين، فالعدوان سلوك وليس انفعالاً أو حاجة أو دافعاً.

أشار كل من ميلر ودنفر (١٩٨٢) أن هناك خمس محكمات أساسية نستطيع من خلالها تعريف العدوانية وتحديدها، وهذه المحكمات هي:

١. نمط السلوك.

٢. شدة السلوك.

٣. درجة الألم أو التلف الحاصل.

٤. خصائص المعتدي.

٥. نوايا المعتدي.(يحي،2003).

يعتبر السلوك العدواني، أياً كان شكله أو نوعه، من الخصائص الاجتماعية المميزة للأفراد المضطربين انفعالياً، ويمكن القول أن سلوك العدوان أهم سمة تميز سلوك الأفراد المضطربين انفعالياً.(الروسان،1998).

ومن أكثر أنماط السلوك العدوان لديهم الضرب والقتال، الصراخ في وجه الآخرين، شد شعر الآخرين ورفض الأوامر ، والتخريب المتعمد، مناكفة الآخرين وسلوك العناد. مع العلم أن أنماط السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعيين، فهم يبكون ويصرخون ويضربون ويقاتلون ويفعلون معظم الأشياء التي يفعلها الأطفال المضطربون سلوكياً وانفعالياً، ولكنها لا تكون متكررة وشديدة كما هي لدى المضطربين سلوكياً وانفعالياً.(يحي، 2003).

لقد درس باتروس وزملاءه (Paterson et,al,1972) السلوك العدواني لدى الأطفال العاديين والمضطربين انفعالياً، فوجدوا فروقاً ذات دلالة إحصائية بين تكرار أشكال السلوك العدواني لدى كل من العاديين والمضطربين انفعالياً، كما درس باندورا وزملائه (Bandura, 1973) السلوك العدواني وأشاروا إلى أن السلوك العدواني هو سلوك متعلم ويحدث نتيجة لإحباط الطفل سواء أكان ذلك في الأسرة أو المدرسة.(الروسان، 1998). هذه الفئة من الأطفال غير مرغوب بهم بين أقرانهم، ويتسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة وإيجابية للكبار الذين يحيطونهم بالرعاية والاهتمام. قد يكون بعض هؤلاء الأطفال لديهم نشاط زائد وإصابة في الدماغ، وبعضهم يطلق عليه سيكوباثيين لأنهم يقومون بأنماط سلوكهم المنحرفة مدة من الزمن، مما يثير غضب الكبار وسخطهم بإيذاء الآخرين عمداً دون شعور بأن ما يفعلونه خطأ. وبسبب طبيعة إعاقتهم فإنهم يستمرون، وأنماط سلوكهم هذه تكون مستمرة وليست في مدة زمنية معينة. لقد درست العدوانية من خلال وجهات نظر مختلفة، أن أكثر التحليل التي تناولت العدوان وكان له الدعم القوي كانت لعلماء التعلم الاجتماعي مثل باندورا (Bandura,1973) وعلماء النفس السلوكية أمثال كونجر وريد وجونز وباترسون، (Conger, Reid, Jones, Patterson) أخذ هؤلاء في دراستهم بعين الاعتبار الخبرة المتنوعة للطفل وعوامل الدافعية التي تعتمد نتائج العدوان،وباختصار فمنهم من يرى أن العدوان هو سلوك متعلم (يحي،2003).

مظاهر السلوك العدواني:

يأخذ العدوان الأشكال الرئيسية التالية:

١. العدوان الجسدي: هو سلوك الجسدي المؤذي الموجه نحو الذات أو نحو الآخرين، والهدف منه هو الإيذاء. تخويف الآخرين، مثل الضرب، شد الشعر والعض. يتم التعبير عنه بصورة الضرب أو العض وغيرها من الصيغ الهجومية المتنوعة، ويمر هذا النوع من العدوان عبر عدد من المراحل، فقد يبدأ إلى ضرب قدميه وإطلاق صراخه أولاً ثم يعمد إلى رفس الأشخاص والأشياء ثم يعمد عضها أو ضربها.

٢. العدوان اللفظي: موجه نحو الذات أو الآخرين ويقف عند حدود الكلام الذي يرافق الغضب، والشتم، والتهديد والسخرية والتنابز بالألقاب والتعابير اللاذعة، والاستخفاف ونقل الأخبار السيئة عن الشخص المكروه وإشاعتها بين الناس.

٣. العدوان الرمزي: ويشمل التعبير بطرق غير لفظية عن احتقار الأفراد الآخرين أو توجيه الإهانة لهم (Shea, 1978).

وقد يأخذ العدوان شكلين وهما:

أ. العدوان الاجتماعي: ويشمل الأفعال المؤذية التي تهدف إلى ردع اعتداءات الآخرين.

ب. العدوان ألاجتماعي: ويشمل الأفعال المؤذية التي يظلم بها الإنسان نفسه أو يظلم الآخرين.

وقد يكون مباشر أو غير مباشر.

فالعدوان المباشر هو: الفعل العدواني الموجه نحو الشخص الذي أغضب المعتدي فتسبب في سلوك العدوان.

العدوان غير مباشر يتضمن الاعتداء على شخص بديل، وعدم توجيه نحو الشخص الذي تسبب في غضب المعتدي.

ويميز علماء النفس بين نوعين من العدوان: العدوان المعادي والعدوان الوسيلي.

العدوان المعادي: موجه نحو الآخرين بهدف إلحاق الأذى والضرر بهم فقط.

العدوان الوسيلي: يكون الهدف منه بدافع الحصول على شيء ما، أو استرداد شيء ما، وعادة ما يقوم بهذا النوع من العدوان عندما يشعر أن هناك ما يعترض سبيل تحقيقه لهدفه.

كما يشير بعض العلماء إلى ثلاثة أنواع من العدوان تلاحظ لدى الطلبة:

عدوان نتج عن استفزاز، حيث يدافع الطالب عن نفسه ضد اعتداء أقرانه.

وعدوان ناتج عن غير استفزاز: حيث يهدف الطالب من خلاله إلى السيطرة على أقرانه أو إزعاجهم أو التسلط عليهم.

أما باترسون وآخرون (Patterson and others, 1989) فقد وصفوا أشكال السلوك العدواني كالتالي:

١. السب والاستهزاء، كان يذكر الفرد الواقع أو المعلومات بلهجة سلبية.

٢. التحقير، وهو إطلاق العبارات والشتائم التي تنتقص من قيمة الطرف الآخر وتجعله موضعاً للسخرية والضحك.

٣. الاستفزاز بالحركات، كالركض في الغرفة أو الخبط على الأرض بقوة.

٤. السلبية الجسدية، كمهاجمة شخص لآخر لإلحاق الأذى به.

٥. التدمير، وهو تدمير أشياء الآخرين وتخريبها.

٦. التزمت بالآراء وطلب الإذعان الفوري من شخص آخر دون مناقشته.

وأخيراً، لابد من الإشارة إلى العدوان السلبي، وهو العدوان الناتج عن التمرد على السلطة من أهل ومعلمين، حيث يشعر الطالب بأنهم ظالمون مستبدون، وأنه قد أسيئت معاملته من قبل هؤلاء المتحكمين، هنا يخاف الطالب من الانتقام بشكل مباشر من مصادر السلطة، فيلجأ إلى إظهار هذا العدوان على شكل مبطن، كأن يعتمد إحضار الكتاب الخاطئ، أو تجاهل الواجبات المدرسية، أو مقاطعة المعلم بشكل متكرر من أجل الخروج من الصف لأسباب مختلفة. (يحي، ٢٠٠٣).

نظريات تفسير السلوك العدواني:

هناك نظريات عديدة حاولت تفسير السلوك العدواني، وهي تختلف فيما بينها في تفسيرها لهذا السلوك، ويرجع السبب في ذلك لاختلاف خلفيات أصحاب هذه النظريات، وتركيز كل منهم على جانب من السلوك يختلف عن الجانب الذي يركز عليه الآخرون.

١. نظرية التحليل النفسي:

تنظر هذه النظرية إلى العدوان استناداً إلى الافتراض أن كل إنسان يخلق ولديه نزعه نحو التخريب، ويجب التعبير عنه بشكل أو بآخر فإذا لم تجد هذه الطاقة منفذاً إلى

الخارج (البيئة) فإنها توجه نحو الشخص نفسه، ويكون العدوان بهذه الحالة طاقة لا شعورية داخل الإنسان لابد من التعبير عنها سلوكياً.

وهكذا فإن العدوان إما أن يكون مباشراً، فيتوجه نحو مصادر التهديد والإثارة، أو غير مباشر فيتوجه نحو مصادر بديلة لمصدر التهديد، والإثارة أو يكون عدواناً خيالياً وذلك من خلال مشاهدة أفلام العنف والجريمة (الخطيب، ١٩٨٨).

٢. النظرية البيولوجية:

أكدت هذه النظرية على الدور الذي تلعبه العوامل الجينية في تكوين السلوك العدواني عند الأفراد، فقد وجدت بعض الدراسات الحديثة أن هناك علاقة بين العدوان من جهة، واضطرابات الجهاز الغدي والكروموسومات، ومستوى النشاط الكهربائي في الجهاز العصبي المركزي من جهة أخرى.

٣. نظرية التعلم الاجتماعي:

تعرف هذه النظرية بالتعلم من خلال الملاحظة، وتنظر هذه النظرية إلى السلوك العدواني بأنه سلوك متعلم في أغلبه، ويفسّرون ذلك بأن الفرد يتعلم الكثير من أنماطه السلوكية عن طريق مشاهدتها عند غيره، وخاصة لدى الأطفال الذين يتعلمون سلوك العدوان عن طريق ملاحظة نماذج العدوان الصادرة عن والديهم ومدرسيهم، وأصدقائهم ومن ثم يقومون بتقليدهم.

٤. نظرية الإحباط – العدوان:

وتنظر هذه النظرية إلى العدوان على أنه محصلة للإحباط الذي يواجهه الإنسان فكلما زاد الإحباط، وتكرر حدوثه ازدادت شدة العدوان، وتعرّف هذه النظرية الإحباط على أنه خبرة مؤلمة تنتج عن عدم قدرة الفرد على تحقيق هدف ضروري له (Kauffman, 1981).

٥. نظرية الإشراط الإجرائي:

تنظر هذه النظرية إلى العدوان على أنه سلوك متعلم كغيره من السلوكات الإنسانية الأخرى، تزداد احتمالات حدوثه عندما تكون نتائجه إيجابية، وعندما يتم تعزيزه، وتقل احتمالات حدوثه عندما تكون نتائجه سلبية، أو يتم عقابه، وهذا المبدأ يعتبر الحجر الأساس في مفهوم الإشراط الإجرائي الذي طوره العالم "سكنر" (Skinner) وتم علاج

السلوك العدواني بناءً على تفسير هذه النظرية من خلال أساليب تعديل السلوك المختلفة، كالتعزيز، والعقاب، والعزل، والتصحيح الزائد (الخطيب، ١٩٨٨).

استراتيجيات تعديل السلوك العدواني:

يشير مصطلح تعديل السلوك إلى مجموعة الإجراءات التي انبثقت من قوانين السلوك، وهي القوانين التي تصف العلاقات الوظيفية بين المتغيرات البيئية، والسلوك، وتعديل السلوك عملية منظمة تشتمل على تطبيق إجراءات علاجية معينة، الهدف منها ضبط المتغيرات المسؤولة عن السلوك.

ويقوم تعديل السلوك غير المرغوب فيه على مجموعة من الافتراضات، وهي كما أشار إليها "رم" و "ماسترز" (Rim & Masters, 1979) كما يلي:

١. التركيز على السلوك ذاته بدلاً من التركيز على الأسباب القائمة وراء ذلك السلوك.

٢. السلوك المضطرب يكتسب من خلال التعلم بنفس الطريقة التي تم بواسطتها تعلم السلوك السوي.

٣. يفترض تعديل السلوك أن المبادئ النفسية وخاصة مبادئ التعلم يمكن أن تكون ذات فاعلية كبيرة في تعديل السلوك المضطرب.

٤. تعديل السلوك يؤكد على تحديد أهداف واضحة ومحددة للعلاج.

٥. المعالج السلوكي يكيف طريقته في العلاج تبعاً لمشكلة الفرد.

٦. ينصب تركيز تعديل السلوك على مبدأ ملاحظة السلوك في الوقت الحاضر، ولا يعطي أهمية كبيرة لمرحلة الطفولة، أو ماضي الفرد.

ولاشك أن الطريقة التي يستخدمها المعالج لتعديل السلوك العدواني تعتمد على تفسيره لهذا السلوك وسيتم استخدام طرق العلاج السلوكية، والتي أثبتت الدراسات المختلفة فاعليتها مقارنة بالأساليب العلاجية النفسية الأخرى، ومن استراتيجيات تعديل السلوك العدواني:

أولاً: التعزيز التفاضلي:

يشتمل هذا الإجراء على تعزيز السلوكات الاجتماعية المرغوب فيها، وتجاهل السلوكات الاجتماعية غير المرغوب فيها، ويشتمل هذا الإجراء على تعزيز الفرد في حالة امتناعه عن القيام بالسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله لفترة زمنية معينة،

وكذلك يشتمل هذا الإجراء على تعزيز الفرد لقيامه بأي سلوك مرغوب فيه غير السلوك الذي يراد تقليله.

ثانياً: التصحيح الزائد:

يشتمل هذا الأسلوب على إرغام الطفل العدواني على إصلاح الأضرار التي نجمت عن سلوكه، أو الاعتذار عنه أو القيام بممارسة سلوك بديل، وذلك مباشرة بعد قيامه بالسلوك العدواني. ويطلق على الشكل الأول من التصحيح الزائد (إصلاح الأضرار) اسم تصحيح الوضع (Restitution) في حين يطلق على الشكل الثاني اسم الممارسة الإيجابية (Positive Practice) (الخطيب، ١٩٩٢).

ثالثاً: تكلفة الاستجابة:

يشتمل هذا الإجراء على أخذ جزء من المعززات من الفرد بعد تأديته للسلوك العدواني مباشرة وذلك بهدف تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل.

رابعاً: العقاب:

يشتمل هذا الإجراء على تعريض الفرد لمثيرات مؤذية في حالة تأديته للسلوك العدواني أو حرمانه من إمكانية حصوله على التعزيز، وذلك بعد قيامه بالسلوك العدواني مباشرة، وبالرغم من أن بعض الدراسات قد أوضحت فاعلية هذا الأسلوب، إلا أنه يترتب على استخدامه نتائج سلبية كبيرة على السلوك الإنساني، ومن هذه السلبيات أن العقاب قد يولد العنف المضاد أو السلوك الهروبي، والتجنبي، والعقاب الجسدي قد يؤدي إلى إيذاء جسدي، أو جرح، أو كسر.

خامساً: التدريب على المهارات الاجتماعية:

يقوم هذا الإجراء على افتراض أن السلوك العدواني هو نتيجة لافتقار الطفل العدواني للمهارات الاجتماعية المناسبة، وبما أن النمذجة هي الطريقة التي يتعلم بها الفرد السلوك العدواني، فإنه يمكننا كذلك من خلال استخدام أسلوب النمذجة تعديل السلوك العدواني لدى الفرد وإكسابه مهارات اجتماعية.

ولذلك يفترض أن تدريب الأطفال على التعبير عن انفعالاتهم، وغضبهم بطريقة اجتماعية مقبولة، وتطوير مهارات التفاعل الاجتماعي سيحدان من مستوى السلوك العدواني.

سادساً: الضبط الذاتي:

ويمكن تعريف استراتيجية الضبط الذاتي بأنها العملية التي من خلالها يتعرف الفرد إلى العوامل الأساسية التي توجه، وتقود، وتنظم سلوكه، والتي ينتج عنها في النهاية نتائج أو توابع معينة، ومن الطرق التي يستخدمها الفرد في ضبط سلوكه ذاتياً التعزيز الذاتي واستخدام المثيرات المنفّرة والعقود.

سابعاً: التعزيز الرمزي (Token Reinforcement):

يعتبر التعزيز الرمزي نوعاً من المعززات الإيجابية التي أثبتت فعاليتها في عملية تعديل السلوك، وتسمى المعززات الرمزية بالمعززات القابلة للاستبدال، وهي عبارة عن أشياء مادية يحصل عليها الفرد عند تأديته للسلوك المقبول المراد تقويته ويستبدلها فيما بعد بمعززات عديدة ومتنوعة.

وتعتبر برامج التعزيز الرمزي من أكثر أساليب تعديل السلوك استخداماً، وهي عبارة عن نظام تبادل، حيث يتم تزويد الأفراد الذين يتم تعديل سلوكهم بتغذية راجعة فورية عن مدى مناسبة السلوك الذي يقومون به (Shea, 1978).

والرموز أو الفيش تكتسب خاصية التعزيز من خلال استبدالها بمعززات أولية أو ثانوية متنوعة تسمى بالمعززات الداعمة. ومن خلال توفير معززات عديدة فإن الرموز تعمل على تعزيز مجموعات كبيرة جداً من الأفراد وتحول دون حدوث الإشباع.

ثامناً: العزل

تاسعاً: التعاقد السلوكي.

* الانسحاب الاجتماعي (Social Withdrawal)

هناك الكثير من المصطلحات والأوصاف التي استخدمت في الدراسات النفسية والتربوية لوصف مفهوم الانسحاب الاجتماعي، ومن أهمها: العزلة الاجتماعية (Social Isolation)، والانسحاب الناتج عن القلق (Anxious Withdrawal)، والانطواء على الذات (Intovert).

أما من حيث تعريف مفهوم الانسحاب الاجتماعي، فقد عرف معجم علم النفس الانسحاب الاجتماعي بأنه: نمط من السلوك يتميز بأبعاد الفرد نفسه عن القيام بمهمات الحياة العادية، ويرافق ذلك إحباط وتوتر وخيبة أمل، كما يتضمن الانسحاب

الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية والعادية، ويصاحب ذلك عدم التعاون وعدم الشعور بالمسؤولية، وأحياناً الهروب بدرجة ما من الواقع.

ويعرّف "كيل" و "كايتال" (Kale & Kayeetal) الانسحاب الاجتماعي تعريفاً إجرائياً، حيث يشير إلى أن الأطفال المنسحبين اجتماعياً هم أولئك الذين يظهرون درجات متدنية من التفاعلات السلوكية الاجتماعية. أما تعريف النظرية التعليمية (Learning Theory Perspective) للانسحاب الاجتماعي فهو: أولئك الأفراد الذين يعانون من عجز في الاستجابات الاجتماعية، وهم بحاجة مستمرة إلى التعزيز لزيادة التفاعل مع الأقران.

فالانسحاب الاجتماعي هو الميل لتجنب التفاعل الاجتماعي، والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب، والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي، ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية، أو بناء صداقة مع الأقران، إلى كراهية الاتصال بالآخرين، والانعزال عن الناس والبيئة المحيطة، وعدم الاكتراث بما يحدث في البيئة المحيطة.

وقد يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة، ويستمر لفترات طويلة (Stainback & Stainback, 1980).

* تأثير الانسحاب الاجتماعي على نمو الأطفال:

الانسحاب الاجتماعي يؤثر على اكتساب الأطفال للغة، والأنماط السلوكية المكتسبة والقيم والاتجاهات، وأسلوب التعبير عن مشاعرهم وأحاسيسهم، هذا بالإضافة إلى أن الأطفال المنسحبين اجتماعياً يظهرون أنماطاً سلوكية قليلة بالمقارنة مع الأطفال الذين لديهم تقبل اجتماعي جيد. وهناك العديد من الدراسات التي تظهر أن العزلة الاجتماعية في الطفولة مرتبطة بظهور أنماط سلوكية مضطربة، وأن الأطفال الذين يتصفون بالوحدة خلال سنوات الدراسة الأولى ستظهر لديهم مشكلات تكيفية في مرحلة البلوغ والشباب.

إن الانسحاب الاجتماعي يؤدي إلى عدد محدود جداً من العلاقات الاجتماعية وإلى عدم اهتمام الآخرين بالأطفال المنسحبين اجتماعيا؛ لأنهم يظهرون الانطواء، والحزن، وعدم التفاعل.

ويسبب الانسحاب الاجتماعي ابتعاد الأقران عنهم، وعدم اللعب معهم سواء في البيت أو في المدرسة، وقد يؤدي إلى الهروب إلى أحلام اليقظة. كما أن انسحاب الطفل، وابتعاده يتسبب في عدم النضج الاجتماعي عنده، وعدم القدرة على تمثل الأدوار الاجتماعية، ونقصاً في التعلم والنمو المعرفي، ويؤدي إلى الفشل في أداء المهمات المدرسية، وتدني التحصيل.

* مظاهر الانسحاب الاجتماعي:

تتمثل مظاهر الانسحاب الاجتماعي بالعزلة، وتجنب المبادرة إلى التحدث مع الآخرين أو أداء نشاطات مشتركة معهم، والتردد، وشرود الذهن، وعدم الثقة بالآخرين، والميل إلى ممارسة النشاط الفردي، وعدم الشعور بالسعادة، ومعاناة تصل إلى حد الاكتئاب، كما ينطوي على سلوكيات أخرى، مثل: القلق، والخوف من التعامل مع الآخرين، وعدم الوعي للذات وإدراكها، والبطء، والتلعثم في الكلام، والشعور بالنقص والدونية، وسهولة الانقياد، والخوف من الكبار، والتعبير اللفظي المحدود (يحي، ٢٠٠٣).

* تصنيف الانسحاب الاجتماعي:

صنَف "جرينوود" وآخرون (Greenwood, et al, 1977) الانسحاب الاجتماعي إلى صنفين:

١. الانسحاب الاجتماعي الذي يتمثل بالأطفال الذين لم يسبق لهم أن قاموا بتفاعلات اجتماعية مع الآخرين، أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة، ما يؤدي إلى عدم نمو مهاراتهم الاجتماعية، والخوف من التفاعلات الشخصية.

٢. العزل الاجتماعي أو الرفض، يتمثل بالأطفال الذين سبق لهم وأن قاموا بالتفاعل مع الآخرين في المجتمع، ولكن تم تجاهلهم أو معاملتهم بطريقة سيئة، مما أدى إلى انسحابهم وانعزالهم.

أما "كوي" (Quay) فهو يصنف الانسحاب الاجتماعي ضمن الاضطرابات الشخصية، ويصنف "جريشام" (Gresham) مظاهر العجز الاجتماعي إلى ثلاثة أنواع رئيسية، وهي:

١. العجز في المهارات الاجتماعية (Skill Deficits) يتصف الأطفال الذين يعانون من عجز في المهارات الاجتماعية بافتقارهم إلى المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل مع الأقران.

٢. العجز في الأداء الاجتماعي (Performance Deficits) يتصف الأطفال الذين يعانون من عجز في الأداء الاجتماعي بامتلاكهم المهارات الاجتماعية اللازمة للتواصل مع الآخرين بشكل فعّال، ولكنهم لا يظهرون تلك المهارات، أما بسبب القلق الذين يمنعهم من القيام بالاستجابات، وإما بسبب نقص الدافعية.

٣. العجز في ضبط الذات (Self-Control Deficits)، أما الأطفال الذين يعانون من عجز في ضبط الذات فهم غالباً ما يفتقرون إلى الضوابط السلوكية الكافية التي تمنع السلوك الاندفاعي أو العدواني أو الفوضوي. إن هؤلاء الأطفال الذين يقومون بسلوك لا يتناسب والموقف، أو يقومون به دون أخذ نتائجه بعين الاعتبار (الصباح، ١٩٩٣).

ويصنف "كوك" و "أبولوني" (Cook & Appolloni) الانسحاب الاجتماعي – التفاعلي (Interaction – Social Withdrawal) بالاعتماد على تكرار ونسبة حدوث السلوك الاجتماعي الذي يقوم به الطفل، أي عدد المرات التي يقوم بها الطفل بنشاطاته، مثل: تمرير كرة للآخرين، والابتسامة. ووجد أن أسلوبي التكرار والنسب لهما فوائد في التشخيص الإكلينيكي.

أما "جوتمان" (Gottman) فقد استخدم لتصنيف الانسحاب الاجتماعي مجموعة من المفاهيم كأدوات اجتماعية، مثل: الشهرة، والسمعة، وتكوين صداقات مع الآخرين، والرفض لمجموعات الأقران. وبناءً على ذلك، يمكن تقسيم الانسحاب الاجتماعي قسمين؛ الأول: الانسحاب الاجتماعي البسيط، ويتضمن: الانعزال، والابتعاد عن الآخرين، وعدم إقامة علاقات صداقة مع الآخرين، والامتناع عن المبادرة بالحديث بشكل مستمر، وعدم اللعب مع الآخرين، وعدم إقامة علاقات صداقة مع الآخرين، والامتناع عن المبادرة بالحديث بشكل مستمر، وعدم اللعب مع الآخرين، وعدم الاهتمام بالبيئة المحيطة، بالإضافة إلى أنه يتصف بالخمول وعدم النضج، ويقتنع بالمشاهدة دون المشاركة، ولكنه لا ينسى المحيط.

أما الثاني فهو الانسحاب الاجتماعي الشديد الذي يتضمن عدم الاتصال بالحقيقة، وتطوير عالم خاص، والاستغراق في أحلام اليقظة، وغالباً ما تكون من صفات حالات التوحد أو الفصام.

كما أن الأطفال ذوي الانسحاب الاجتماعي الشديد يفتقدون الثقة بالآخرين، وهم غير مبالين، ولا يشتركون في المناسبات الاجتماعية.

* أسباب الانسحاب الاجتماعي:

يعتبر سلوك الانسحاب الاجتماعي مظهراً من مظاهر سوء التكيف لدى الأطفال، ويمكن أن ينتج عن عوامل عدّة، منها:

١. تلف في الجهاز العصبي المركزي، أو اضطراب في عمل الهرمونات في الجسم.

٢. نقص المهارات الاجتماعية عند الطفل.

٣. خوف الطفل من الآخرين بسبب خبرات التفاعل السلبية السابقة.

٤. رفض الآباء لأبنائهم، وكذلك رفض الآباء لرفاق الطفل بشكل مباشر، أو غير مباشر.

٥. الازدواجية في معاملة الطفل؛ بمعنى العقاب والتجاهل تارة، والمكافأة والتعزيز تارة أخرى.

٦. وجود إعاقة عند الطفل تسبب له سلوك العزلة، والانطواء.

٧. الخجل، وهو من أكثر أسباب الانسحاب شيوعاً (يحي، ٢٠٠٣).

* قياس الانسحاب الاجتماعي وتشخيصه:

هناك ثلاث أساليب رئيسية لقياس الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال، وهي:

١. الملاحظة الطبيعية: وهي الأكثر استخداماً، وتتمتع بالصدق الظاهري؛ حيث أنها تتضمن ملاحظة أنماط الطفل في المواقف الطبيعية بشكل مباشر، كذلك فإن هذه الطريقة تمكن الباحثين من قياس سلوك الطفل بشكل متكرر، ودراسة المثيرات القبلية والبعدية المرتبطة بسلوك الطفل، وهذا له أهمية كبيرة في تحليل السلوك، ووضع الخطط العلاجية له.

٢. ترشيح الأقران: وتشمل هذه الطريقة تقدير الأقران للسلوك الاجتماعي، والمكانة الاجتماعية للطفل.

٣. تقدير المعلمين: وتشمل هذه الطريقة على قوائم تقدير سلوكية تحتوي على أنماط سلوكية اجتماعية، يطلب من المعلمين تقدير إظهار الطفل لها. ومن قوائم التقدير الشهيرة قائمة الشطب السلوكية لـ "روس" ورفاقه (Ross, et al) (انظر ملحق رقم ٢).

* معالجة الانسحاب الاجتماعي:

يستطيع الآباء والمعلمون أن يلعبوا دوراً مهماً في تلبية الحاجات الانفعالية للأطفال المنسحبين عن طريق فهمهم لأسباب هذه المشكلة، والتخطيط المشترك بين الطرفين لتطوير الإجراءات العلاجية التي من شأنها مساعدة الأطفال المنسجين في بناء علاقات اجتماعية جديدة مع الآخرين.

وتتمثل الخطوة الأولى في معالجة الأطفال المنسجين اجتماعياً في توفير الوقت، والمكان الكافيين لملاحظة التفاعلات بين الأطفال، وذلك لمعرفة مستوى الانسحاب لدى الطفل، وكذلك توفير فرص التفاعل الاجتماعي، مع مراعاة عدم إرغام الطفل على التفاعل مع أقرانه، بل الاكتفاء ببذل جهد بسيط لتوجيهه نحو تأدية النشاطات المطلوبة. أما أهم الاستراتيجيات المستخدمة في معالجة الانسحاب الاجتماعي فهي:

(١) النمذجة والتقليد: ويكون ذلك من خلال مساعدة الطفل على ملاحظة نموذج يتفاعل اجتماعياً مع أقرانه، ويُطلب من الطفل تقليد السلوك الاجتماعي المرغوب فيه، ومن ثم تعزيز الفرد. ومن العوامل التي تزيد من فاعلية النمذجة، جاذبية النموذج وجنسه، وقدرة الطفل المنسحب على تقليد سلوك النموذج، والاستمرار بأداء السلوك بعد اكتسابه.

(٢) التشكيل: ويقصد به التعزيز الإيجابي المنظم للسلوكيات التي تقترب تدريجياً من السلوك (النهائي)، وهو السلوك الاجتماعي المناسب للطفل مع أقرانه، ويشتمل التشكيل على الخطوات التالية:

أ. تحديد السلوك المستهدف وتعريفه؛ أي تحديد السلوك الاجتماعي المرغوب به.

ب. تحديد السلوك المدخلي.

ج. اختيار معززات فاعلة.

د. الاستمرار في تعزيز السلوك المدخلي حتى يصبح معدل حدوثه مرتفعاً.

٣. تقدير المعلمين: وتشمل هذه الطريقة على قوائم تقدير سلوكية تحتوي على أنماط سلوكية اجتماعية، يطلب من المعلمين تقدير إظهار الطفل لها. ومن قوائم التقدير الشهيرة قائمة الشطب السلوكية لـ "روس" ورفاقه (Ross, et al) (انظر ملحق رقم ٢).

* معالجة الانسحاب الاجتماعي:

يستطيع الآباء والمعلمون أن يلعبوا دوراً مهماً في تلبية الحاجات الانفعالية للأطفال المنسحبين عن طريق فهمهم لأسباب هذه المشكلة، والتخطيط المشترك بين الطرفين لتطوير الإجراءات العلاجية التي من شأنها مساعدة الأطفال المنسجين في بناء علاقات اجتماعية جديدة مع الآخرين.

وتتمثل الخطوة الأولى في معالجة الأطفال المنسجين اجتماعياً في توفير الوقت، والمكان الكافيين لملاحظة التفاعلات بين الأطفال، وذلك لمعرفة مستوى الانسحاب لدى الطفل، وكذلك توفير فرص التفاعل الاجتماعي، مع مراعاة عدم إرغام الطفل على التفاعل مع أقرانه، بل الاكتفاء ببذل جهد بسيط لتوجيهه نحو تأدية النشاطات المطلوبة. أما أهم الاستراتيجيات المستخدمة في معالجة الانسحاب الاجتماعي فهي:

(١) النمذجة والتقليد: ويكون ذلك من خلال مساعدة الطفل على ملاحظة نموذج يتفاعل اجتماعياً مع أقرانه، ويُطلب من الطفل تقليد السلوك الاجتماعي المرغوب فيه، ومن ثم تعزيز الفرد. ومن العوامل التي تزيد من فاعلية النمذجة، جاذبية النموذج وجنسه، وقدرة الطفل المنسحب على تقليد سلوك النموذج، والاستمرار بأداء السلوك بعد اكتسابه.

(٢) التشكيل: ويقصد به التعزيز الإيجابي المنظم للسلوكيات التي تقترب تدريجياً من السلوك (النهائي)، وهو السلوك الاجتماعي المناسب للطفل مع أقرانه، ويشتمل التشكيل على الخطوات التالية:

أ. تحديد السلوك المستهدف وتعريفه؛ أي تحديد السلوك الاجتماعي المرغوب به.

ب. تحديد السلوك المدخلي.

ج. اختيار معززات فاعلة.

د. الاستمرار في تعزيز السلوك المدخلي حتى يصبح معدل حدوثه مرتفعاً.

هـ. الانتقال تدريجياً من مستوى أداء إلى مستوى أداء آخر للسلوك الاجتماعي المرغوب.

(٣) تدريب الرفاق: في هذه الطريقة يتم تدريب الأطفال الذين يمتلكون مهارات اجتماعية متطورة على التفاعل مع الأطفال المنسجين اجتماعياً.

(٤) التعزيز الايجابي: وتتمثل هذه الطريقة بالانتباه للطفل عند اقترابه من الآخرين، وتفاعله معهم، وتعزيز ذلك إيجابياً من قبل المعالج.

(٥) التلقين والإخفاء: يحتاج الطفل المنسحب اجتماعياً إلى مساعدة إضافية من الآخرين ليستطيع القيام بالسلوك الاجتماعي المطلوب. وهذه المساعدة قد تكون لفظية أو جسدية أو إيمائية، أو الإخفاء فهو الإزالة التدريجية للتلقين، بهدف مساعدة الطفل المنسحب على أداء السلوك الاجتماعي المستهدف باستقلالية. ويستخدم الإخفاء عندما يتضح أن الاستجابة المستهدفة أصبحت تحدث بشكل متواصل من قبل الطفل نتيجة للتلقين.

(٦) التدريب على المهارات الاجتماعية: ويشتمل هذا الأسلوب على استخدام النمذجة، ولعب الأدوار، والتغذية الراجعة، والتعزيز، والتعليمات، كزمرة علاجية واحدة متعددة العناصر لتنمية المهارات الاجتماعية للطفل المنسحب (الخطيب، ٢٠٠١).

(٧) تنظيم الظروف البيئية: يتضمن هذا الأسلوب تنظيم الأحداث والمثيرات القبلية في البيئة الاجتماعية للطفل، وذلك بهدف زيادة احتمالات حدوث التفاعل الاجتماعي بينه وبين الأطفال الآخرين عن طريق استخدام الأنشطة الصفية الجماعية.

(٨) تقليل الحساسية التدريجي: ويشتمل على ثلاث خطوات، وهي: إعداد هرم القلق، والتدريب على الاسترخاء العضلي، وإدماج حالة الاسترخاء بالمواقف التي تبقي على القلق والتوتر.

اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد

Attention Deficient & Hyper Activity Disorders (ADHD)

مقدمة:

إن موضوع اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد طغى على كل الموضوعات، وغطى – ليس فقط على الساحة التربوية – بل أيضاً على كل من الساحة الطبية، والساحة الاجتماعية. إن السبب في هذا الاهتمام المتزايد بهذا

الاضطراب لا يرجع إلى النسبة المرتفعة من أطفال المدارس المصابين بهذه الاضطرابات، التي وصلت إلى حوالي (٢٠%) من جملة أطفال المدارس الأمريكية، ولا إلى المشكلات الدراسية الناتجة عن ذلك فقط، بل إن هذا الاهتمام يرجع أيضاً إلى ارتباط هذه الاضطرابات بخطورة المشكلات السلوكية الناتجة عنها، التي تؤثر تأثيرا سلبيا ليس فقط على الطفل بل على مجتمعه، والبيئة المحيطة به كذلك. لقد أشارت العديد من الدراسات التتبعية التي أجريت حول الأفراد المصابين بهذه الاضطرابات إلى أن نسبة تورطهم في الأحداث والمواقف الاجتماعية السلبية الآتية تزيد عن نسبة أقرانهم من العاديين:

مفهوم اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد:

أشارت التقارير الواردة عن المركز الوطني الأمريكي للمعلومات عن الأطفال والبالغين ذوي الإعاقات، إلى أن أعراض هذه الاضطرابات قد ذكرت في المقالات الطبية منذ مائه عام، وأنها تعتبر واحدة من أكثر الاضطرابات التي تولاها البحث في أمراض الأطفال على مدى ما يقرب من أربعين عاماً، فقد أشار البحث إلى أن هذه الاضطرابات يمكن أن تسبب مشكلات طوال فترة حياة الشخص خاصة إذا لم تعالج، ولقد أطلقت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association) عليها في سنة ١٩٩٤ اسم "مرض قصور الانتباه والحركة المفرطة"، على الرغم من أن عامة الناس وحتى بعض الأخصائيين لازالوا يسمونها "ضعف الانتباه" (Attention Deficit)، وهو الاسم الذي أطلق عليها عام ١٩٨٠. ولقد تم تغيير هذه الاسم نتيجة للاكتشافات العلمية، ونتائج التجارب على هذه الاضطرابات التي أكدت على وجود دلائل قوية تشير إلى مصاحبة النشاط الزائد (Hyperactivity) لضعف الانتباه في معظم الحالات، لهذا فإن الكثير من المختصين يستخدمون هذين المصطلحين بشكل متبادل أو معاً للتعبير عن حالة واحدة، وهي إما:

- ضعف الانتباه منفرداً.
- النشاط الزائد منفرداً.
- ضعف الانتباه مصاحباً للنشاط الزائد.

الاضطراب لا يرجع إلى النسبة المرتفعة من أطفال المدارس المصابين بهذه الاضطرابات، التي وصلت إلى حوالي (٢٠%) من جملة أطفال المدارس الأمريكية، ولا إلى المشكلات الدراسية الناتجة عن ذلك فقط، بل إن هذا الاهتمام يرجع أيضاً إلى ارتباط هذه الاضطرابات بخطورة المشكلات السلوكية الناتجة عنها، التي تؤثر تأثيرا سلبيا ليس فقط على الطفل بل على مجتمعه، والبيئة المحيطة به كذلك. لقد أشارت العديد من الدراسات التتبعية التي أجريت حول الأفراد المصابين بهذه الاضطرابات إلى أن نسبة تورطهم في الأحداث والمواقف الاجتماعية السلبية الآتية تزيد عن نسبة أقرانهم من العاديين:

مفهوم اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد:

أشارت التقارير الواردة عن المركز الوطني الأمريكي للمعلومات عن الأطفال والبالغين ذوي الإعاقات، إلى أن أعراض هذه الاضطرابات قد ذكرت في المقالات الطبية منذ مائه عام، وأنها تعتبر واحدة من أكثر الاضطرابات التي تولاها البحث في أمراض الأطفال على مدى ما يقرب من أربعين عاماً، فقد أشار البحث إلى أن هذه الاضطرابات يمكن أن تسبب مشكلات طوال فترة حياة الشخص خاصة إذا لم تعالج، ولقد أطلقت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association) عليها في سنة ١٩٩٤ اسم "مرض قصور الانتباه والحركة المفرطة"، على الرغم من أن عامة الناس وحتى بعض الأخصائيين لازالوا يسمونها "ضعف الانتباه" (Attention Deficit)، وهو الاسم الذي أطلق عليها عام ١٩٨٠. ولقد تم تغيير هذه الاسم نتيجة للاكتشافات العلمية، ونتائج التجارب على هذه الاضطرابات التي أكدت على وجود دلائل قوية تشير إلى مصاحبة النشاط الزائد (Hyperactivity) لضعف الانتباه في معظم الحالات، لهذا فإن الكثير من المختصين يستخدمون هذين المصطلحين بشكل متبادل أو معاً للتعبير عن حالة واحدة، وهي إما:

- ضعف الانتباه منفرداً.
- النشاط الزائد منفرداً.
- ضعف الانتباه مصاحباً للنشاط الزائد.

كذلك فقد أشارت هذه النتائج أيضاً إلى مصاحبة السلوك الاندفاعي (Impulsivity) في كثير من حالات قصور الانتباه والحركة المفرطة، لهذا فلقد استقر رأي المختصين في هذا المجال على وجود ثلاثة أعراض رئيسية لهذه الاضطرابات تظهر إما بشكل متلازم تلازماً كلياً أو تلازماً جزئياً/ أو منفردة، وهذه الأشكال هي:

١. الشكل المشترك: وهو عبارة عن تلازم ظهور وهيمنة الأشكال الثلاثة معاً؛ أي ضعف الانتباه، والنشاط الزائد، والاندفاع على سلوك الفرد.

٢. الشكل الذي يسود فيه عدم الانتباه: وهو عبارة عن هيمنة سلوك عدم الانتباه على الفرد بشكل أكبر من سلوك النشاط الزائد والاندفاع.

٣. الشكل الذي تسود فيه الحركة المفرطة: وهو عبارة عن هيمنة سلوك النشاط، وظهوره بشكل أكبر من سلوك عدم الانتباه.

ولقد أخذت هذه الدراسات بعين الاعتبار أن نسبة قليلة من الأشخاص المصابين بهذه الاضطرابات يعانون فقط من ضعف في الانتباه، بينما تعاني الغالبية العظمى منهم من ضعف في الانتباه مصحوب بنشاط زائد والاندفاع، كما أكدت على تلازم النشاط الزائد والسلوك الاندفاعي، فهؤلاء الطلاب لا ينتبهون إلى التعليمات الموجهة إليهم، ومن الصعب عليهم الجلوس بهدوء، والتركيز؛ لأنهم مفرطو الحركة ومندفعون.

خصائص اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد:

أورد "فليك" (Flick, 1998) الخصائص التالية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد، وهي كما يلي:

(١) تشتت الانتباه: وهو إحدى أكثر الخصائص شيوعاً لدى الأطفال من ذوي ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد، وهذا لا يعني أنهم لا ينتبهون على الإطلاق. فالحقيقة إنهم يحاولون الانتباه، ولكن هناك مؤشرات داخلية، وأخرى خارجية تؤدي إلى تشتت انتباههم وتشغلهم عن التركيز، فيكون من الصعب عليهم الانتباه إلى التعليمات المطلوب، وتشغلهم عن التركيز، فيكون من الصعب عليهم الانتباه إلى التعليمات المطلوب سماعها وفهمها من أجل إنجاز العمل أو الواجب الذي كلفوا به، فيكون الفشل في الأداء، وعدم الإنجاز، هو النتيجة المتوقعة لعدم الانتباه.

(٢) الحركة الزائدة: يعتبر النشاط الحركي المفرط، أو الزائد من أكثر الأنماط السلوكية وضوحاً لدى هذه الفئة، فالطفل في حركة دائمة وكأنه مشغول بأداء عمل معين. والحقيقة أنه ينتقل من عمل إلى آخر دون أن ينجز العمل السابق، وذلك بسبب أن الطفل لا يستطيع الانتباه لمهمة ما أكثر من بضعة دقائق.

(٣) الاندفاعية: يتمثل السلوك الاندفاعي في عدم القدرة على التحكم بالذات، فالطفل المندفع لا يدرك نتائج سلوكه جيداً.

(٤) الفوضى وعدم النظام: غالباً ما يصعب على الطفل إيجاد ما يحتاج إليه داخل الصف، فأدواته، وكتبه، وأوراقه مبعثرة، وغالباً ما ينسى أين وضعها.

(٥) السلوك العدواني: تؤكد الدراسات أن السلوك العدواني عند هذه الفئة ناتج عن تراكم خبرات الفشل، والتجاهل، والخبرات السلبية التي تعرض له الطفل، فهذا السلوك لا يعتبر مصاحباً لضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد، إنما هو عبارة عن رد فعل للنتائج السلبية لهذه الاضطرابات على الطفل.

(٦) ضعف مفهوم الذات والثقة بالنفس: هذه الخاصية تأتي نتيجة لكثرة الصعوبات والمشكلات التي تواجهه، بالإضافة إلى تجارب الفشل، والنقد المستمر لسلوكه، والتعامل السلبي معه من الأقران والمحيطين به.

(٧) ضعف العلاقات مع الآخرين: وذلك بسبب السلوك الذي يسلكه سواء في المدرسة، أو في الشارع، أو في البيت؛ حيث يعتبر سلوكه غير ملائم فيواجه بالنفور من قبل الآخرين، وعدم الرغبة بتكوين علاقة الصداقة معه. كذلك يتميز هذا الطفل بالتسرع في إصدار الأحكام على أقوال الآخرين وأفعالهم دون تفكير، وهو يتميز بعدم إتباعه للوائح اللعب وقواعده، فهو يريد أن يكون أول من يلعب، وهذا يؤدي إلى النفور منه، ورفض اللعب معه.

(٨) ضعف في التناسق والتآزر الحركي: وهذا ناتج عن السلوك الاندفاعي والتسرع الذي يتميز به هؤلاء الأطفال، وينعكس هذا على الحركات الدقيقة؛ حيث يجد الأطفال صعوبة في أداء الأعمال التي تتطلب مهارات حركية دقيقة، مثل: الكتابة، ويتضح ذلك من عدم التناسق في الخط.

(٩) مشكلات في الذاكرة: يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبات في أداء الأعمال والواجبات التي تحتاج إلى الاعتماد على الذاكرة بشكل كبير؛ فهو ينسى الإجابة المطلوبة عن السؤال، وينسى إحضار الكتب والأدوات التي أخذها معه إلى البيت، ويعاني من صعوبة في استدعاء المعلومات وتذكرها التي قرأها، أو تعلمها.

(١٠) التضارب وعدم الترابط: ويقصد بذلك أن الأداء العام للطفل في يوم ما، سواء في البيت أو المدرسة قد يوصف بأنه جيد، ولكن في اليوم التالي قد يوصف بعكس ذلك تماماً. إن هذا التضارب في الأداء يؤدي إلى ارتباك وأخطاء في المعايير التي يضعها ولي الأمر، على أن يؤدي الطفل عملا معيناً، أو يسلك سلوكاً بطريقة سليمة بحجة أنه قد نجح بالأمس في أداء هذا العمل.

أسباب اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد:

أولاً: الإصابات الدماغية: كما أن اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد قد ينتج بفعل إصابة المنطقة الأمامية من الدماغ، وهي من أكثر المناطق تعقيداً في الدماغ. ويعتقد أيضاً بأن سبب هذا الاضطراب يعود إلى تأخر في نمو الدماغ، وضعف في النشاط الكهربائي في الدماغ، وانخفاض في مستوى ضغط الدم في المنطقة الأمامية للدماغ عند الأطفال ذوي ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أكثر من الذين لا يعانون من هذا الضعف.

ثانياً: التدخين وتعاطي الكحول: أشارت الأبحاث إلى أن الأطفال الذين ولدوا لأمهات مدمنات على الكحول، يكونون أكثر ميلاً لمواجهة اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

ثالثاً: التسمم بالرصاص: يزيد ارتفاع نسبة الرصاص في أجسام الأطفال من احتمالية تعرض هؤلاء الأطفال لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وبخاصة إذا تعرضوا له في مراحل العمر المبكرة بين (١٢-٣٦) شهراً.

رابعاً: الصدمات والمضاعفات أثناء الحمل والولادة: قد يؤدي تناول الأم الحامل للعقاقير أثناء الحمل دون استشارة طبية، أو تعرضها لتسمم الحمل، أو لأمراض معينة أو الإشعاعات الصادرة إلى تعرض الطفل للإصابة بهذا الاضطراب.

خامساً: العوامل الغذائية: في بعض الأحيان، يمكن الربط بين اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، والحساسية لبعض أنواع الأطعمة التي تحتوي على نكهات وأصباغ صناعية (الزغلوان: ٢٠٠١).

سادساً: العوامل الوراثية: أشارت الدراسات التي بحثت في العلاقة بين العوامل الوراثية، وضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد إلى أن ما بين حوالي (٥٥%) إلى (٩٢%) من أعراض هذه المشكلة مرتبط بعوامل وراثية (Goodman & Stevenson, 1989).

وهذا ما أكدته الدراسة المقارنة التي أجراها "بدرمان" وآخرون (Biderman, et al, 1992) على مجموعة من الأطفال ذوي ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد، وأقاربهم من الدرجة الأولى؛ حيث وجدوا علاقة قوية بين معاناة هؤلاء الأقارب من الاكتئاب والسلوك المعادي للمجتمع، واضطرابات القلق، وبين ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد عند هؤلاء الأطفال.

سابعاً: العوامل الكيميائية: وجد من خلال الدراسات المختلفة أن مادة الدوبامين هي المسؤولة عن ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد عند الأطفال، فضعف إفراز هذه المادة يؤدي إلى خلل في نقل السيالات العصبية، وبالتالي حدوث تنبيه ضعيف لخلايا الدماغ العصبية المسؤولة عن الانتباه.

معايير تشخيص ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد:

وضعت الجمعية الأمريكية للطب النفسي المعايير الأساسية التي يتم على أساسها تشخيص حالات ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد، وقد نشرت هذه المعايير في "دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات العقلية" الطبعة الرابعة، ولقد اختلفت صياغة هذه المعايير في الطبعة الرابعة عن الطبعات السابقة لأنها أكثر تحديداً للعناصر المكونة لهذه المعايير.

الأبعاد الرئيسة لمعايير التشخيص:

حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي ثلاثة أبعاد رئيسة للاضطرابات، وهي: عدم الانتباه، والاندفاع، والنشاط الزائد. ولقد سبق للجمعية وأن قامت بدمج هذه الأبعاد الثلاثة في بعدين رئيسيين هما: عدم الانتباه كبعد أول، والنشاط الزائد التي يصاحبها

الاندفاع كبعد ثان؛ لأنه وجد أن السلوك الاندفاعي يصاحب النشاط الزائد في الحالات جميعها التي تم تشخيصها.

وقد حددت الجمعية معايير رئيسة يمنك من خلالها المساعدة في تشخيص هذه الأبعاد، والاستدلال على وجودها، وهذه المعايير هي:

١. أن يتوافر لدى الطفل إما خصائص ضعف الانتباه بشكل منفرد، أو النشاط الزائد المصحوبة بالاندفاع بشكل منفرد، أو تجتمع لدى الطفل الخصائص المميزة لكل من قصور الانتباه، والنشاط الزائد معاً.

٢. يجب ظهور أعراض هذه الاضطرابات في مرحلة مبكرة من العمر؛ أي قبل السنة السابعة من العمر.

٣. يجب ظهور هذه الأعراض في أكثر من بيئة أو مكان، حيث يجب أن تظهر في مكانين أو أكثر من الأماكن الآتية: البيت، والمدرسة، والمجتمع، ومكان العمل أيضاً بالنسبة للراشدين.

٤. يجب أن تكون هناك دلائل على وجود قصور واضح في أداء الفرد في واحدة أو أكثر من المهارات التالية: المهارات الأكاديمية، والمهارات الاجتماعية، والمهارات العملية، والمهارات الرياضية.

المظاهر السلوكية المرتبطة بضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد:

تشتمل المظاهر السلوكية المرتبطة باضطراب ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد على الإحباط السريع، وعدم الصبر، وتغير سريع في المزاج، والعناد، والإلحاح، والاضطربات الانفعالية، وضعف مفهوم الذات والثقة بالنفس، والكسل، وعدم تحمل المسؤولية، ومقاومة التغيير. هذا وتختلف درجة شدة أو تواجد هذه المظاهر السلوكية لدى الأطفال باختلاف السن، والجنس، والنمط الاجتماعي، أو البيئي الذي يعييش فيه هذا الطفل.

المظاهر الجسدية المرتبطة بضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد:

لا توجد مظاهر أو ملامح جسمية خاصة يمكن أن يستدل من خلالها على وجود هذا الاضطراب كتلك المظاهر الرسمية التي ترتبط بالإصابات العضوية، كذلك لا توجد علامات جسمية يمكن الكشف عنها، أو التعرف عليها عن طريق أشعة إكس مثلا.

على الرغم من الإقرار الصريح بعدم وجود مظاهر جسمية رئيسة، فإنه أمكن حديثاً اكتشاف بعض المظاهر الجسمية الفرعية التي تم التعرف عليها عند عدد من الأطفال ذوي اضطرابات قصور الانتباه والنشاط الزائد (Flick, 1998)، والتي منها:

١. انحراف حجم العين عن الحجم الطبيعي، فهي قد تبدو أصغر، أو تبدو أكبر من الحجم الطبيعي للأطفال في العمر الزمني نفسه.

٢. تدلي الأذنين إلى أسفل قليلا.

٣. ارتفاع طفيف في أعلى باطن الحنك (الفم).

٤. اتساع المسافة بين إصبع القدم الأول والإصبع الثاني.

٥. تجعد غير طبيعي في راحة اليد.

ومن الجدير بالذكر هنا أن هذه المظاهر الجسمية الجانبية لا تتوافر عند الأطفال جميعهم الذين يعانون من ضعف في الانتباه والنشاط الزائد، فالعديد منهم لا توجد عنده هذه المظاهر الجسمية، كذلك فإن هذه الملامح الجسمية قد تتواجد لدى كثير من الأطفال الذين لا يعانون من هذه الاضطرابات (سيسالم، ٢٠٠١).

تشخيص حالات اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد:

يمكن التشخيص باستخدام الأساليب التالية:

أ. تاريخ تطور الحالة:

إن المعرفة التامة بتاريخ تطور الاضطرابات ومراحلها يزود الأخصائي المعالج بالكثير من الدلائل عن هذه الاضطرابات، وعادة ما يتم الحصول على هذه المعلومات عن طريق الأم، أو من هو على معرفة تامة بالطفل.

ب. نماذج تقدير السلوك:

تساعد هذه النماذج على الحصول على معلومات مهمة، سواء من مدرس الطفل أو أولياء الأمور، يتم استخدامها في الكشف أو تحديد بعض الاضطرابات السلوكية التي تظهر سواء في المدرسة أو البيت.

ج. مقاييس الانتباه:

تستخدم العديد من المقاييس التي تم تطويرها لقياس الانتباه، وذلك للحصول على معلومات أساسية عن أداء الطفل، ودرجة انتباهه مقارنة بأقرانه العاديين في المرحلة العمرية والدراسية نفسها.

د. المقاييس المعرفية/ العقلية:

تستخدم المقاييس المعرفية لقياس التحصيل، والذاكرة، والمهارات الحركية البصرية، واللغة، والإحساس، والتحكم، والمهارات الاجتماعية والانفعالية، وهي جميعها تعتبر ضرورية للمساعدة في التعرف على احتمال وجود حالات مرضية مصاحبة لإضطرابات قصور الانتباه، والنشاط الزائد.

علاج اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

من الاستراتيجيات والطرق التي تستخدم في معالجة هذا الاضطراب ما يلي:

١. استخدام العقاقير كعلاج، وهي استراتيجية ترتبط بالأطباء وليست من صلاحيات المعلمين، وعموماً، فإن من العقاقير المستخدمة في تقوية استجابات الانتباه كلا من الأمفيتامينات (Amphetmines)، والريتالين (Ritalin)، ولكن الأدلة على أثر هذه العقاقير المباشر في تحسن الأداء الأكاديمي تعتبر غير كافية.

٢. تنظيم البيئة الصفية من خلال تطوير نموذج غرفة الصف التي تخلو من الإثارة من أجل تخفيض المثيرات الثانوية، ويتطلب هذا النوع من الصفوف جدراناً خالية من المشتتات، وذات لون هادئ.

٣. التدريب على المهارات الاجتماعية: وتشمل المهارات الاجتماعية ما يلي: مهارة المشاركة في اللعب والتعاون والعمل، والقدرة على حل المشكلات، وضبط الذات، وإتباع التعليمات، وتنمية مهارة الاستماع.

٤. استخدم أسلوب التوجيه الذاتي اللفظي لمساعدة الأطفال على تحسين مهارات الانتباه، حيث يحاول هذا المنحى تحسين الانتباه من خلال إقران النشاطات اللفظية والحركية، وتكرار التعليمات. وغالباً ما يطلق على هذا المنحى اسم الممارسة اللفظية، وهي إحدى أشكال العلاج السلوكي.

٥. من الأسباب العلاجية الأخرى التي يمكن أن يستخدمها المعلم في معالجة ضعف الانتباه هو أسلوب الرفاق بوصفهم نماذج يقلدها هؤلاء الأطفال.

٦. استخدام أسلوب التصور والقصص الخيالية: التي تساعد على التعبير عن بعض السلوكيات والمشاعر، مثل الاندفاعية، ومشكلات التركيز، وغيرها.

٧. تعزيز فترة الانتباه والتركيز.

٨. الألعاب الخاصة بالانتباه.

٩. لعب الأدوار وتعزيز مهارة الاتصال.

المظاهر الشائعة للمشكلات السلوكية لدى الطلاب المضطربين انفعالياً:

أ. اضطرابات غرفة الصف، وتتمثل في: السلوك الوقح، وعدم الطاعة، والتهريج في الصف، وإزعاج الآخرين، والخروج من المقعد.

ب. السلوكات غير الناضجة، وتتمثل في: النشاط الزائد، وتشتت الانتباه، والاندفاع والتهور، والاستهتار، والصراخ.

ج. السلوكات الخطرة، وتتمثل في: القلق، والتوتر والمخاوف، وضعف تقدير الذات، والصمت الاختياري.

د. العادات المضطربة، وتتمثل في: ضعف الأداء الأكاديمي، والتبول اللاارادي، ومص الإصبع، وقضم الأظافر.

هـ. الاضطرابات في العلاقات مع الزملاء، وتتمثل في: العدوان، وإصدار الأحكام العشوائية على الأشخاص، والانسحاب والخجل، والعزلة الاجتماعية.

و. الاضطرابات في العلاقات مع المعلمين، وتتمثل في: عدم القيام بالنشاط عندما يطلبه المعلم، والاعتمادية. (يحي، ٢٠٠٣).

خصائص خاصة للأطفال المضطربين بدرجة شديدة وإعتمادية:

* نقص مهارات الحياة اليومية:

تنقصهم مهارات العناية بالذات، قد يكونوا غير قادرين على إطعام أنفسهم، وغير مدربين على استخدام الحمام في سن الخامسة أو حتى العاشرة، وغير قادرين على التواصل مع الآخرين. ويعاني الكثير منهم من مشاكل النوم، أي ينتاب نومهم الكثير من الكوابيس وأيضاً يكونون دائمين قلقين في نومهم فيستيقظون كثيراً أثناء نومهم.

* انحرافات إدراكية/ حسية:

يظهر الطفل شديد الإعاقة استجابة زائدة أو ناقصة للمنبهات الحسية، مثل الصوت أو الألم وقد يغطي أذنه كما لو كانت أصوات معينة تضايقه وقد يتجاهل تماماً الأصوات المفاجئة ولا يستجيب لها، ولكنه قد يظهر اهتماماً بالغاً ببعض الأصوات مثل المكانس الكهربائية – عربات الإطفاء – ساعة.

* يفضل هؤلاء الأطفال الأشياء التي تتميز بوجود منبهات حسية كثيرة من اللمس، التذوق، الشم.

* إثارة أو تنبيه الذات:

السلوك النمطي، المتكرر لتحقيق إثارة حسية أمر شائع عند الاضطراب الشديد، إن إثارة الذات تأخذ أشكالاً عدة (الهمس باللعب، تدوير أو لف جسم ما، التربيت على الخد، ضرب اليد، الحملقة في الضوء) (Kuffman, 1982).

* الانحرافات اللغوية والنطقية:

العديد من الأطفال شديدي الاضطراب لا يتكلمون مطلقاً، ويبدو أنهم يفهمون اللغة، بعضهم يظهر المصاداة، إنهم يستخدمون الضمائر الخطأ.

* غياب الدلالة الاجتماعية:

- نقص واضح في الوعي بوجود الآخرين.
- يتجنب الاتصال بالعين.
- لا يظهر الرغبة في البدء بالاتصال أو العناق أو الحمل.
- يعاني من عدم فهم مشاعر وأحاسيس الآخرين.
- يظهر سلوكاً شاذاً في اللعب (الشامي، ٢٠٠٤).

الخصائص الحركية:

تعتبر الانحرافات في الاستجابة الحركية من بين أهم الأعراض التي يمكن ملاحظتها، وتتضمن أشكالاً من السلوك العرضي مثل: الركض، ذرع المكان ذهاباً وإياباً، عدم الراحة، مرجحة اليدين، يبدو أن بعض النشاطات تكون فعالة في تخليص بعض الأفراد من القلق كتجميد الحركة وفقدان تناغم العضلة وضبطها، وقد تأخذ الاستجابات الحركية نوعية متواصلة مثل تكرار غسل اليدين وبعض الطقوس الحركية، هذه الأعمال تسمى قسرية، قد يكون للنشاط الحركي نوعية شعائرية أو رسمية كالانشغال

في رؤية الكتب على أنها مرتبة، منطوية، وأن الملابس معلقة بترتيب، والأحذية منتظمة. (الشامي، ٢٠٠٤).

خصائص عامة للمضطربين سلوكيا وانفعالياً على مختلف فئاتـهم:

١. الفهم والاستيعاب: (Comprehension):

بعض الأطفال غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة، يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات وسلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة، وغير قادرين على إعادة نص معين وتفسير القصص. ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة ميكانيكية، ولا يستطيعون فهم النتائج.

٢. الذاكرة (Memory):

بعض الأطفال لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة، فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل: الملابس والأدوات وموقع صفوفهم، وكذلك قوانين السلوك. (يحي، ٢٠٠٣).

٣. القلق: (Anxiety):

يعبر الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية عن اضطراباتهم بالسلوك اللااجتماعي الذي يمارسونه على من يحيط بهم، أما الأطفال الإنسحابيون والقلقون فيكتمون سلوكهم وينكفؤون على أنفسهم ويمارسون ضغطاً قوياً على دوافعهم ورغباتهم ويتجلى كل ذلك على شكل حالات نفسية داخلية تجتاح الفرد، كالشعور بالغثيان، خفقان القلب، الآلام، الصداع، المخاوف والوساوس، الخجل، والشعور بالدونية، والانسحاب والعزلة عن الآخرين.

(الوقفي، ٢٠٠٤). أما القلق فهو خوف غامض من المستقبل يظهر عند مواجهة المواقف الجديدة أو عند الاتصال بالغرباء ويميلون للانفصال عن العائلة أو الأصدقاء أو المحيط المألوف بهم. (يحي، ٢٠٠٣).

ومن أشكال القلق الخوف (Fobia) مرضية وهو الخوف غير المنطقي من شيء محدد كالخوف من الظلام أو الأفاعي، الأماكن المرتفعة، ومن مظاهر الخوف بين طلاب المدرسة رفض الأطفال من هذه الحالات الذهاب إلى المدرسة وفي حلة إجبارهم يمضون وقتهم صامتين أو باكين.

(الوقفي، ٢٠٠٤).

٤. السلوك الفج (Immature Behavior):

يقصد بالسلوك الفج، ذلك السلوك غير الناضج انفعالياً، والذي يصدر عن الأفراد المضطربين انفعالياً، مقارنة مع ما يتوقع ممن يماثلونهم في العمر الزمني من الأفراد العاديين في نفس المواقف الانفعالية. ومن الأمثلة التي توضح ذلك، ما يصدر عن الأفراد المضطربين انفعالياً من مواقف انفعالية لا تتناسب وطبيعة الموقف الانفعالي، مثل المبالغة في التعبير الانفعالي، أو إظهار التعبير الانفعالي المغاير لطبيعة الموقف الانفعالي كالضحك واللامبالاة في المواقف المحزنة أو العكس. (الروسان، ١٩٩٨).

٥. السلوك الهادف إلى جذب الانتباه.

٦. Attention seeking behavior هو أي سلوك لفظي أو غير لفظي يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده.

٧. التنافس الشديد Over Competitiveness :

عبارة عن سلوك لفظي أو غير لفظي يكون للفوز بالمنافسة، ويكون رد فعل الطفل الخاسر، رد فعل عدائي، الشعور بالإحباط، الإصرار على التغيرات في القوانين والأنشطة للمصلحة الشخصية.

٨. عدم الانتباه Inattentiveness:

هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، ويوصف الطفل قليل الانتباه، بالتهور، الملل المستمر، تغير المزاج عدم الجلوس بهدوء والتحرك باستمرار (Shea, 1978).

٩. السلوك الفوضوي Disruptive behavior:

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكات الفرد أو الجماعة، يتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك، والتصفيق، وسلوكات أخرى تعيق النشاطات الأخرى القائمة.

١٠. العدوان الجسدي Physical Aggression:

(الوقفي، ٢٠٠٤).

٤. السلوك الفج (Immature Behavior):

يقصد بالسلوك الفج، ذلك السلوك غير الناضج انفعالياً، والذي يصدر عن الأفراد المضطربين انفعالياً، مقارنة مع ما يتوقع ممن يماثلونهم في العمر الزمني من الأفراد العاديين في نفس المواقف الانفعالية. ومن الأمثلة التي توضح ذلك، ما يصدر عن الأفراد المضطربين انفعالياً من مواقف انفعالية لا تتناسب وطبيعة الموقف الانفعالي، مثل المبالغة في التعبير الانفعالي، أو إظهار التعبير الانفعالي المغاير لطبيعة الموقف الانفعالي كالضحك واللامبالاة في المواقف المحزنة أو العكس. (الروسان، ١٩٩٨).

٥. السلوك الهادف إلى جذب الانتباه.

٦. Attention seeking behavior هو أي سلوك لفظي أو غير لفظي يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده.

٧. التنافس الشديد Over Competitiveness :

عبارة عن سلوك لفظي أو غير لفظي يكون للفوز بالمنافسة، ويكون رد فعل الطفل الخاسر، رد فعل عدائي، الشعور بالإحباط، الإصرار على التغيرات في القوانين والأنشطة للمصلحة الشخصية.

٨. عدم الانتباه Inattentiveness:

هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، ويوصف الطفل قليل الانتباه، بالتهور، الملل المستمر، تغير المزاج عدم الجلوس بهدوء والتحرك باستمرار (Shea, 1978).

٩. السلوك الفوضوي Disruptive behavior:

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكات الفرد أو الجماعة، يتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك، والتصفيق، وسلوكات أخرى تعيق النشاطات الأخرى القائمة.

١٠. العدوان الجسدي Physical Aggression:

هو القيام بسلوكات جسدية عدائية ضد الذات والآخرين بهدف إيذائهم وخلق المخاوف مثل: العض والضرب وغيرها.

١١. العدوان اللفظي Verbal Aggression:

هو سلوك عدائي ضد الذات أو الآخرين للإيذاء، أو خلق المخاوف والعدوان اللفظي ضد الذات مثل قول (أنا غبي) (أنا أحمق).

١٢. عدم الاستمرار Instabilitiy:

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالغير السريع، ويتضمن من حزن إلى سرور. ومن الهدوء إلى الحركة، هذا المزاج غير متنبأ به.

١٣. قلة النشاط Hypoactivity الخمول:

يتصف الفرد بأنه بطيء وبليد، ولديه نشاط حركي غير مكافئ عند الاستجابة للمثيرات.

١٤. عدم النضج الاجتماعي Social Immaturity:

هو سلوك غير مناسب للمرحلة العمرية.

١٥. العلاقات الشخصية غير فعالة Inefficient Interpersonal Relations:

العلاقات بين الأشخاص تعني بكمية ونوعية ومناسبة نشاطات وردود أفعالهم تجاه أصدقائهم والأكبر منهم سناً في بيئتهم، ورد أفعال الأصدقاء والأكبر منهم سناً تجاههم. فهؤلاء الأطفال يوصفون بأنهم:

* لا يعرفون السلوك المطلوب.
* غير قادرين على استيعاب سلوكات الآخرين.
* ليست لديهم خبرات اجتماعية خاصة في مواقف محددة (يحي،٢٠٠٣).

١٦. مفهوم ذات سيء أو متن Poor self concept:

وهو أن يدرك هؤلاء الأطفال أنفسهم على أنهم فاشلين أو غير مناسبين من قبل الآخرين، ويتمثل مفهوم الذات السيء بعبارات مثل (لن أفوز أبداً)، (لا أستطيع عمل ذلك)، ومثل هؤلاء الأطفال يكون لديهم حساسية مفرطة ضد النقد. (القريوتي وآخرون، ١٩٩٥).

١٧. السلبية Negativism:

هي المقاومة المتطرفة والمستمرة للاقتراحات، والنصائح، والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين. وهذه المعارضة تتمثل بعدم الرغبة في أي شيء فهم يظهرون عدم الاستمتاع بالحياة. (يحي، ٢٠٠٣).

١٨. مشاكل الدافعية Motivational Problems:

بشكل عام يوصفون بأنه ليس لديهم دافعية، عدد قليل من الأطفال لا يحثون لممارسة النشاطات في المدرسة الابتدائية، وعندما يكبر بعضهم يفقد حماسه للمدرسة، والسبب وراء ذلك عدم ظهور الدافعية لديهم يمكن أن يكون في عدم فهمهم للنشاط أو الخوف من النشاطات الجديدة أو المختلفة أو انخفاض مفهوم الذات لديهم نتيجة تكرار الفشل. (يحي، ٢٠٠٣).

مفاهيم خاطئة عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

أورد هلهان وكوفمان (١٩٨٢) بعض المفاهيم الخاطئة عن الأفراد من ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية وقاما بتصحيحها وهذه المفاهيم هي:

المفاهيم الخاطئة	المفاهيم الصحيحة
١. معظم الأطفال المضطربين انفعالياً يولون أهمية لملاحظات الآخرين من حولهم	١. معظم الأطفال المضطربين انفعالياً هم عدوانيين ولا يهتمون بمشاعر غيرهم.
٢. الأطفال المضطربين انفعالياً دائماً لامعي الذكاء.	٢. بشكل عام القليل من الأطفال المضطربين انفعالياً هم فوق الوسط من حيث نسبة الذكاء وفي الحقيقة فإن معظم المضطربين من فئة الدرجة الوسطي والبسيطة ويتراوح ذكاؤهم حول درجة (٩٠) ومعظم المضطربين بالدرجة الشديدة تتراوح نسبة ذكاؤه حول (٥٠) درجة وهي من فئات التخلف العقلي.
٣. إن الأطفال المضطربين انفعالياً من	٣. إن الأطفال العدوانيين لديهم فرصة

النوع الانسحابي هم أخطر من الأطفال المضطربين انفعالياً من النوع العدواني.	أقل من التكيف الاجتماعي والصحة النفسية في مرحلة الطفولة فيما أن الأطفال الانسحابيين لديهم فرصة أفضل في الحصول على عمل والشفاء من الاضطرابات وخاصة لدى المضطربين من الذكور.
٤. معظم الأطفال المضطربين بحاجة إلى بيئة متساهلة حتى يسعروا بالتقبل من قبل الآخرين وحتى يقبلوا أنفسهم على ما هم عليه.	٤. أظهرت نتائج الأبحاث بأن التعليمات الصارمة والبيئة التنبؤية العالية هي الأكثر فائدة لمعظم الأطفال المضطربين انفعالياً.
٥. إن الطبيب النفسي أو الأخصائي أو العاملين الاجتماعيين هم فقط الذين لديهم القدرة على مساعدة الأطفال المضطربين للتخلص والشفاء من اضطراباتهم السلوكية والانفعالية.	٥. إن معظم المعلمين والآباء يمكنهم أن يتعلموا لأن يصبحوا فعاليين بدرجة عالية في مساعدة الأطفال المضطربين وحتى بدون تدريب مكثف أو شهادة مهنية.
٦. إن السلوكيات غير المرغوب فيها التي نراها عند الأطفال المضطربين هي أعراضاً لمشكلة، فالمشكلة الحقيقية مخفية في أعماق نفس الطفل.	٦. ليس هناك أساس ظاهر وواضح للشك بأن هناك أشياء ومشاكل مخفية، لأنّ البيئة الاجتماعية وسلوك الطفل هما المشكلة الحقيقية.

.(Hallahan, Kuffinan, 1982)

المشاكل السلوكية الشائعة في بعض المدارس الأردنية:

يعتبر توفير النظام داخل حجرة الصف المدرسي أحد المشكلات السلوكية الرئيسية الهامة التي تواجه المعلمين والمديرين وبخاصة في المدارس الابتدائية حيث يشكوا عدد من المعلمين من مشكلة ضبط النظام داخل غرفة الصف وتشغل جزء كبير من وقتهم. وهناك أنماط سلوكية ومشكلات رديئة في الصف كالثرثرة والضحك والتأخر عن المدرسة كما أن هناك مشكلات تعتبر أكثر خطورة كالتخريب المتعمد في الممتلكات

ورفض القيام بالأعمال المدرسية وتكوين العصابات والاتجاه السلبي نحو المعلم والغياب عن المدرسة دون إذن والتكلم بلغة رديئة والقيام بإشارات غير لائقة.

ويمكن تصنيف سلوك الطلاب بشكل عام داخل الفصل إلى الأنماط التالية:

١. أنماط سلوك شخصية تحصيلية تتدخل بالفرد نفسه قد تؤثر على تحصيله الأكاديمي: كالتلعثم أثناء الحديث وعدم التركيز والانتباه لمدة طويلة أثناء الشرح وعدم الاستفسار عند الشعور بعدم الفهم وعدم القدرة على حل الواجبات البيتية.

٢. أنماط سلوك شخصية انضباطية تتصل هذه الأنماط بالفرد ولا تؤثر على تحصيله الدراسي بشكل مباشر: كمص الأصابع وقضم الأظافر والبكاء عند التعرض لقليل من اللوم والتأنيب وكثرة الحركة داخل الصف والكذب وإتلاف الممتلكات.

٣. أنماط سلوك اجتماعية تحصيلية تتصل هذه الأنماط بعلاقة الشخص مع الآخرين قد تؤثر على تحصيله الأكاديمي بشكل مباشر: كعدم تكوين رفاق لعب وعدم طاعة التعليمات التي يوجهها المعلم والإجابة على الأسئلة دون استئذان وعدم الاشتراك في حل التمارين الصفية والرد على المعلم بطريقة غير مؤدبة.

٤. أنماط سلوك اجتماعية انضباطية تتصل هذه الأنماط بعلاقة الشخص مع الآخرين ولا تؤثر بشكل مباشر على التحصيل الأكاديمي: كالضحك بدون سبب والاعتذار عن قيادة الفريق، وإيذاء الزملاء بالقول والفعل، سرقة أغراض الزملاء والشجار مع الزملاء والخروج من المقعد، والصراخ داخل الفصل. (أبو شهاب، ١٩٨٥).

وقد قام أبو شهاب بعمل مسح للمشكلات السلوكية في مدارس المرحلة الابتدائية وتوصل إلى أن أكثر المشكلات انتشاراً كانت عدم التركيز – الانتباه – لفترة طويلة أثناء الشرح، وكانت أقل المشكلات انتشاراً هي النوم داخل غرفة الصف، أما أكثر المشكلات انتشارا لأنماط السلوك الشخصي الانضباطي كانت مشكلة الإلتفات إلى الوراء، وأما أكثر المشكلات السلوكية انتشارا بعد السلوك الاجتماعي التحصيلي تمثلت في الحديث مع الزملاء داخل غرفة الصف.

وفيما يتعلق بالمشكلات عند الإناث فكانت الأكثر انتشارا بينهم هي عدم التركيز – الانتباه – لمدة طويلة أثناء الشرخ وكثرة الحركة داخل الصف، والقيام بحركات وأقوال تثير غضب المعلم، وعدم الاعتذار عند الاعتداء على الزميلات.

وكانت أكثر المشكلات لدى طلبة الصف الأول والثاني والثالث هي إتلاف الحاجات مثل الدفاتر والأقلام وكثرة الحركة داخل الصف والحديث مع الزملاء داخل الصف والخروج من المقعد.

وكانت أكثر المشكلات السلوكية لدى طلاب الصف الرابع والخامس والسادس تكرار الأخطاء أثناء القراءة والكتابة والغناء داخل الصف والإجابة على الأسئلة دون استئذان وإلقاء اللوم على الآخرين وتبرئة النفس. (أبو شهاب، ١٩٨٥).

وفيما يلي المشكلات السلوكية الشائعة لدى الطلبة في المرحلة الأساسية الدنيا مرتبة تنازلياً:

١. تشتت الانتباه
٢. العدوان
٣. الفوضى
٤. الكذب
٥. الغش
٦. السرقة
٧. الخروج من الصف
٨. الأنانية
٩. النميمة
١٠. عدم احترام الآخرين
١١. الانطواء
١٢. اللعب
١٣. الإهمال
١٤. حب السيطرة
١٥. اللامبالاة
١٦. الشتائم

٢٦. المقاطعة أثناء المحادثة
٢٧. الاستهزاء
٢٨. الكراهية
٢٩. عدم الطاعة
٣٠. قلق الامتحان
٣١. قلة المثابرة
٣٢. عدم النضج
٣٣. التمرد
٣٤. التسرب
٣٥. النسيان
٣٦. عدم المتابعة
٣٧. الاستهتار
٣٨. العناد
٣٩. الاتكالية
٤٠. عدم ضبط النفس
٤١. التدخل في شؤون الآخرين

١٧. الضرب

١٨. التخريب

١٩. الخجل

٢٠. الكسل

٢١. الخوف

٢٢. عدم الترتيب

٢٣. التكرار

٢٤. قضم الأظافر

٢٥. عدم النظافة

٤٢. النوم

مقياس أعراض اضطراب ضعف الانتباه

والنشاط الزائد لدى الأطفال

صورة التقييم المنزلية

المكرم ولي الأمر

يحتوي هذا المقياس على مجموعة من العبارات التي تصف سلوك الأطفال من عمر ٦-١٢ سنة في البيئة المنزلية والمرجو منك أن تقرأها جيداً وأن تحدد بدقة مدى انطباق كل منها على طفلك وذلك بوضع علامة (√) أمام كل عبارة في الخانة التي ترى أنها الأكثر انطباقاً عليه. برجاء الإجابة عن جميع العبارات، ووضع علامة (√) واحدة أمام كل عبارة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا،،،

بيانات أولية عن الطفل:

اسم المدرسة:______________________ المدينة:__________________

نوع المدرسة: حكومية ☐ أهلية ☐ بنين ☐ بنات ☐

اسم التلميذ:______________________ العمر :__________________

الصف الدراسي:__________________

اسم المستجيب:______________________ علاقته بالطفل:______________

عدد أفراد الأسرة الطفل:__________________ ترتيب الطفل بين إخوته:__________

بيانات حول أسرة الطفل:

	نعم	لا
• هل الوالدين منفصلين؟	________	________
• هل توجد علاقة قرابة بين الوالدين؟	________	________
• هل توجد حالة إعاقة في الأسرة؟	________	________
• هل كلا الوالدين على قيد الحياة؟	كلاهما______	أحدهما______

تاريخ التقييم:____/____/______

م	العبــــارات	درجة التقييم				
		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
١	مدة انتباه الطفل قصيرة بدرجة لا تمكنه من الانتباه على شيء محدد لمدة طويلة.					
٢	يتشتت انتباهه لأي شيء يحدث حوله حتى لو كان بسيطاً					
٣	يجد صعوبة في مواصلة الإنصات إلى حديث الاخرين.					
٤	يبدو عند الحديث إليه وكأنه لا يسمع.					
٥	لا يستطيع متابعة الحوار أو الحديث الذي يدور معه أو حوله في المنزل.					
٦	يجد صعوبة في عملية الفهم والاستيعاب للمعلومات الجديدة.					
٧	لا يستطيع فهم جميع التعليمات التي يسمعها.					
٨	يجد صعوبة في التعرف على أشكال ومكونات الأشياء.					
٩	لا يلاحظ أوجه التشابه والاختلاف بين الأشياء أو مكوناتها.					
١٠	ينسى التعليمات ويحتاج إلى تذكيره بها.					
١١	ينسى في المنزل بعض الأشياء التي يحتاج إليها في المدرسة سواء كانت خاصة بالمقررات الدراسية أم بالأنشطة.					
١٢	ينسى في المدرسة أو يفقد بعض أدواته وأغراضه التي أخذها معه في الصباح من المنزل.					
١٣	ينسى عمل الأشياء المعتادة التي يجب أن يقوم بها يومياً.					
١٤	يخطئ في عمل الأشياء التي سبق أن تعلمها، وينسى خطواتها أو ترتيبها.					
١٥	لا يستطيع الانتهاء من العمل الذي يقوم به دون أن يساعده الآخرون.					
١٦	يتردد عند اتخاذ أي قرار حتى لو كان بسيطاً، خاصة في الأمور التي يكون فيها اختيار.					

١٧	لا يكمل أعماله المدرسية وواجباته المنزلية.					
١٨	واجباته المدرسية مليئة بالأخطاء					
م	العبـــارات	درجة التقييم				
		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
١٩	واجباته الدراسية مليئة بالمحو والشطب وكتبه ودفاتره غير نظيفة.					
٢٠	كتابته رديئة وغير منظمة.					
٢١	كتبه ودفاتره غير نظيفة.					
٢٢	يقفز في الكتابة تاركاً بعض السطور أو الجمل دون كتابة.					
٢٣	يخطئ في الكتابة حتى لو كان ينقل من كتاب أمامه.					
٢٤	يخطئ في القراءة حيث يحذف أو يضيف بعض الحروف أو الكلمات.					
٢٥	يقفز في القراءة تاركاً بعض السطور أو الجمل بدون قراءة.					
٢٦	يتشتت انتباهه أثناء حل واجباته المنزلية أو استذكار دروسه.					
٢٧	يغير الكلام الذي يسمعه إلى صيغة سؤال.					
٢٨	يردد بعض مقاطع الكلام الذي يسمعه.					
٢٩	لا يستطيع نقل الرسائل الشفهية من الآخرين واليهم.					
٣٠	عندما يتحدث عن شيء أو موضوع ما، فإن حديثه يكون ناقصاً وغير مترابط.					
٣١	ينسى الأسماء أو وصف الأشياء أو تسلسل الأحداث التي يعرفها.					
٣٢	يبتعد عن المشاركة في الأعمال التي تحتاج إلى تفكير.					
٣٣	كثير الحركة، لا يهدأ أو يستقر في مكانه.					
٣٤	يتململ في جلسته، ويبدو ذلك من حركات يديه ورجليه.					
٣٥	يظل يمشي ذهاباً وإياباً في المكان الذي يوجد فيه، دونما سبب أو هدف واضح.					

٣٦	يحدث صخباً وضجيجاً في المكان الذي يوجد فيه.					
٣٧	يتحدث بكثرة.					
٣٨	يقاطع الآخرين أثناء حديثهم.					
م	العبـــارات	درجة التقييم				
		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
٣٩	يتحدث في الأوقات التي تحتاج إلى هدوء.					
٤٠	يتدخل في لعب الأطفال الآخرين(أشقائه،أو أقاربه،أو جيرانه) على غير رغبة منهم					
٤١	يعبث في الأشياء التي تقع في متناول يده.					
٤٢	يخطف لعب الأطفال وما في أيديهم من أشياء.					
٤٣	يجرى ويقفز أثناء تنقله من مكان إلى آخر .					
٤٤	يتسلق الأشياء العمودية مثل الأعمدة والأشجار .					
٤٥	يجعل المكان الذي يوجد فيه مبعثراً وغير منظم.					
٤٦	تخلو أعماله من النظام والترتيب.					
٤٧	لا يضع الأدوات التي استخدمها في مكانها الصحيح، بعد انتهائه من العمل أو ممارسة النشاط.					
٤٨	يصعب السيطرة على سلوكه عندما يخرج مع الأسرة.					
٤٩	يبدأ العمل قبل أن يتلقى التعليمات.					
٥٠	يتفاعل مع الأحداث فوراً دونما تفكير .					
٥١	متسرع،لا يستطيع انتظار دوره في الألعاب أو المواقف الاجتماعية.					
٥٢	يصر على تحقيق مطالبه في الحال، ويستخدم لتحقيق ذلك حيلاً شتى مثل البكاء الشديد والصراخ العالي.					
٥٣	ضيق الصدر وشديد الانفعال، لا يستطيع التحكم في سلوكه الاندفاعي.					
٥٤	متقلب المزاج وانفعالاته غير ثابتة فقد يكون هادئاً وفجأة يثور					

	ويغضب.					
٥٥	يحب أن يكون نصيبه في كل شيء أكبر من نصيب الأطفال الآخرين					

م	العبـــارات	درجة التقييم				
		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
٥٦	يقاطع والده (أو والدته) عندما يكون مشغولاً في حديث مع الآخرين أو عمل لكي يلبي له طلباته.					
٥٧	عنيد يرفض إتباع التعليمات،وقد يعمل عكس ما طلب منه.					
٥٨	يقوم بسلوكيات تعرض حياته للخطر،مثل: القفز من أماكن مرتفعة أو الجري في شارع مزدحم بالسيارات دون أن ينظر إلى الطريق.					

النظريات العلمية

١. **النظرية السلوكية**

٢. **النظرية التحليلية**

٣. **النظرية البيئية**

٤. **النظرية البيوفسيولوجية**

تعتبر النظريات العلمية حجر الأساس في كل علم ولابد لكل علم عملي من بعد نظري يؤطره ويضعه في مكانه المناسب في صرح المعرفة وبالتالي يأخذ دوره في دفع عملية التقدم وخدمة الإنسانية.

وهناك نظريات علمية متعددة تقوم بتفسير الاضطرابات الانفعالية والسلوكية من وجهة نظرها الخاصة وقد كان لتعدد النظريات وتنوعها إيجابيات كثيرة حيث أن هذه الاضطرابات تمثل مشكلة اكلينيكية واجتماعية خطيرة تتميز بأنماط توافقية من التفكير والانفعال والسلوك. وقد ساعدت النظريات بشكل كبير في فهم قضايا النمو وتطور الأطفال الذي يصاحبه اضطرابات انفعالية وسلوكية، بالإضافة إلى فهم دور الثقافة والبيئة المباشرة والتفاعل بين الفرد والموقف الاجتماعي. ومع ذلك يبقى لكل نظرية

جوانب ضعف وجوانب قوة تميزها عن غيرها من النظريات وهذا الأمر لا ينفي مساهمتها في تشخيص وتقييم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وتقدم أساسا هاما لبناء البرامج المتعلقة بالتخطيط للبرامج التعليمية والعلاجية. وبناء على ما تقدم سنقوم بعرض أربع نظريات اهتمت بتفسير السلوك المضطرب وهي:

١. النظرية السلوكية.

٢. النظرية التحليلية.

٣. النظرية البيوفسيولجية

٤. النظرية البيئية

أولاً: النظرية السلوكية المعرفية:

يتبنى المنحنى السلوكي في الأمراض النفسية منظوراً مختلفاً عن المنحنى البيولوجي والتحليلي والبيئي، ويعتبر أن الأعراض (السلوكات التي تنجم عن المرض) هي في حد ذاتها الاضطراب وأن هذه (الأعراض تتم من خلال عملية تعلم أو تشريط كتلك التي نتعلم بها السلوك السوي، ولأنها ضارة وغير مفيدة فإنها توصف بأنها استجابات متعلمة غير تكيفية (يوسف ٢٠٠١). ويتلخص محتوى النظرية السلوكية بعبارة (السلوك محكوم بنتائجه) وتهتم النظرية السلوكية بالسلوك الظاهر غير الملائم وتصميم برنامج التدخل المناسب للعمل على تغيير السلوك الملاحظ وتعديله. (يحي ٢٠٠٣).

من أهم المفاهيم الأساسية في هذه النظرية:

١. أشكال التعلم في هذه النظرية:

الاشراط الكلاسيكي:

لقد تم اكتشاف هذا الشكل من التعلم بطريقة الصدفة على يد العالم الروسي بافلوف الذي لاحظ أن لعاب الكلب يبدأ بالسيلان بشكل أوتوماتيكي ودون أي سابق تعليم عندما يقدم له مسحوق اللحم الذي سمي مثيرا غير إشراطي (UCR<< UCS) وعندما كان اللحم يقدم له مع مثير محايد مثل صوت الجرس وبعد سحب اللحم والاقتصار على صوت الجرس فقط فإن الكلب استمر في سيلان لعابه بمعنى آخر لاحظ أن المثير الشرطي أظهر استجابة شرطية (CR << CS) وعند تكرار صوت

الجرس لوحده دون تقديم اللحم فإن سيلان اللعاب أخذ يخف بشكل تدريجي حتى وصل إلى مرحلة الانطفاء، وفي عام ١٩٢٠ استطاع واطسون أن يثبت أن الخوف يمكن أن يُعلم بنفس طريقة الإشراط الكلاسيكي فقد قدم للطفل ألبرت البالغ من العمر أحد عشر شهرا والذي أظهر عدم الخوف من الفأر الأبيض ولكن عندما كان الفأر يقترب من الطفل كان الباحث يصدر صوتاً مزعجاً يدفع الطفل إلى الخوف والهلع وبعد تكرار هذه التجربة لخمس مرات أوقف الباحث الصوت المزعج لكن الطفل استمر بالخوف من الفأر، وهذه الدراسة تقترح أن بعض الاضطرابات الانفعالية تتطور بنفس طريق الاشراط الكلاسيكي (يحي ٢٠٠١).

وعموما يبحث الاشراط الكلاسيكي في السلوك الاستجابي الذي يحدث كرد فعل انعكاسي لمثير بيئي معين يحدث قبله. وعلى وجه التحديد، تشير عملية الاشراط الكلاسيكي إلى أن اقتران المثير البيئي الذي يستجر السلوك الاستجابي بطبيعته (المثير غير الشرطي) بمثير لا يستجر ذلك السلوك (المثير الحيادي) يؤدي إلى اكتساب المثير الحيادي هذا لخاصية التأثير على السلوك وبعد عملية الاقتران هذه يطلق على المثير الحيادي بالأصل اسم المثير الشرطي (الخطيب ٢٠٠١).

ومن الأمثلة على المعالجات السلوكية التي تعتمد على الاشراط الاستجابي:

تقليل الحساسية التدريجي: (Systematic Desensitization):

ويشتمل هذا الأسلوب على توظيف الاشراط المضاد (Counterconditioning) للاستجابة الانفعالية غير التكيفية وذلك باستخدام الاسترخاء (Relaxation) بوصفه استجابة مضادة أو بديلة. ويتضمن ذلك تحديد المواقف التي تستجر الاستجابة الانفعالية غير التكيفية أولا ومن ثم تطوير استجابة بديلة ومناقضة لها. ثانيا، وأخيرا اشراط الاستجابة البديلة بوجود المثيرات التي تستجر الاستجابة غير التكيفية والاستمرار بعمل ذلك إلى أن تنخفض الاستجابة الانفعالية غير التكيفية أو تتوقف عن الحدوث تماماً. (الخطيب ٢٠٠١).

التدرب على التغذية الراجعة: تتضمن التغذية الراجعة تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه. وهذه المعلومات توجه السلوك المستقبلي.

العلاج السلوكي: (تعديل السلوك: هو فرع من فروع علم النفس التطبيقية ويتضمن التطبيق المنظم للإجراءات المستندة إلى مبادئ التعلم (الاشراط الإجرائي والاشراط الكلاسيكي والتعلم بالملاحظة) بهدف تغيير السلوك الإنساني ذي الأهمية الاجتماعية:

١. زيادة احتمال حدوث السلوك.

٢. تقليل نسبة احتمال حدوث السلوك الغير مرغوب به.

٣. تشكيل سلوك جديد.

٤. إطفاء سلوك غير مرغوب به.

تعديل السلوك المعرفي: ويعد هذا العلاج من أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبياً ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة ويعتمد هذا الأسلوب على العمليات العقلية للفرد حيث يرى أنه خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جمودا وأكثر تشويها وتصبح أحكامه مطلقة ويغلب عليها التعميم الزائد ويمثل العلاج المعرفي السلوكي في هذا الإطار شكلا من أشكال العلاج يتسم بالفاعلية والتنظيم، كما يتحدد أيضا بوقت معين. وهو عملية تتميز بالتعاون ما بين المعالج والمريض في سبيل دراسة أفكار ومعتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق ونماذج تخيلاته والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية ويتناول التغيير الذي يحدث عددا من الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية حيث يقوم التغيير المعرفي بإثارة التغير السلوكي مما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم تدعيمه وتعزيزه عن طريق ممارسة الفرد لأنماط سلوكية جديدة، ثم يحدث التوسع لهذا المنظور مدعما بالتغير الانفعالي وذلك عندما يبدأ الفرد التفكير في حلول بديلة إذ تلعب الانفعالات دورا مهما في حدوث التغير الانفعالي حيث يصبح التعلم أكثر أهمية عندما تثار الانفعالات (محمد ٢٠٠٠).

العلاج بالتنفير (Aversion Therapy) وهي أحد استراتيجيات خفض السلوك غير التكيفي والتي تشتمل على إقران السلوك غير التكيفي بمثيرات تنفيرية من مثل العقاقير المسببة للغثيان أو الصدمة الكهربائية وغير ذلك من الأحداث المؤلمة أو المزعجة.

(الخطيب ٢٠٠١) بينما أعتبر أنه من أكثر الاستراتيجيات فاعلية بين أساليب تعديل السلوك النمطي إلا أنه لا ينبغي اللجوء إليه إلا بعد استنفاد الإجراءات الإيجابية في

خفض السلوك النمطي ويعود ذلك لكونها تنطوي على تأثيرات جانبية سلبية وقد تطرح قضايا أخلاقية فلسفية واجتماعية مثيرة للجدل (الخطيب ٢٠٠٣).

الاشراط الإجرائي:

طور ثورندايك أبحاثه بحيث أهتم بالسلوك وعواقبه، بدلا من الاهتام بالسلوك ومثيره مثل باقلوف، فقد أوضح ثورندايك أن نتائج السلوك هي التي تحكم السلوك بحيث إذا كانت نتائج السلوك بالنسبة للعضوية مرغوبة فإنه يميل لتكرار السلوك أما إذا كانت النتائج منفرة فإنه لا يكرر السلوك وهذا ما يعرف بقانون الأثر، وميز سكنر (١٩٣٨) بين السلوك الاستجابي والإجرائي، ووضح أن السلوك الاستجابي هو سلوك محكوم بالمثيرات السابقة، بينما الإجرائي تحكمه المثيرات الملاحظة، ويحدث الاستجابي بطريقة اتوماتيكية بينما يحدث الإجرائي بطريقة إرادية. كما قدم سكنر مفهوما جديدا وهو المثير التميزي: وهو مثير له احتمالية عالية يتبع باستجابه شرطية عندما تظهر بالمقارنة مع مثيرات أخرى والمثير التمييزي يهيئ لحدوث الاستجابة، وعند غيابه لا تظهر الاستجابة الشرطية، وعندما تكون هذه العلاقة هي السائدة فإن حدوث الاستجابة يكون محتملاً عند ظهور المثير، وعندما يعمم السلوك يسمى السلوك الإجرائي. (يحي ٢٠٠١). بعبارة أخرى التمييز هو حدوث السلوك في بعض المواقف وعدم حدوثه في مواقف أخرى، أما نقيض التمييز فهو التعميم والذي يعني أن الاستجابة التي تم تعزيزها في موقف معين ستحدث في المواقف المتشابهة (تعميم المثير) أو أن تعزيز الاستجابة سيؤدي إلى حدوث الاستجابة المشابهة لها (تعميم الاستجابة) (الخطيب ٢٠٠١).

ويمكن الإشارة إلى الإجراءات التالية ضمن الإشراط الإجرائي في العلاج السلوكي وتعديل السلوك:

أ. التعزيز الإيجابي والسلبي: يعرف التعزيز على أنه العملية السلوكية التي تشتمل على تقوية السلوك وفي هذه العملية يتبع مثير بيئي ما (حدث، شيء، خبرة) السلوك مباشرة بعد حدوثه فيؤدي إلى زيادة احتمالات حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المتشابهة ويسمى المثير البيئي الذي يحدث بعد السلوك ويؤدي إلى زيادة احتمالات حدوثه ثانية (المعزز) (Reinforcer). أما التعزيز الإيجابي: فهو التعزيز

الذي ينجم عنه نتائج ايجابية بالنسبة للفرد فهو يحدث تغييرا ايجابيا في بيئة الفرد أما التعزيز السلبي: فهو التعزيز الذي يعمل على إزالة أو إيقاف المثيرات السلبية (المنفرة) ويسمى هذا النوع من التعزيز بالسلبي لأنه يزيل ولا يضيف المثير، كما أن المثير الذي تعمل إزالته على تقوية السلوك بالمعزز السلبي، ومن الأمثلة على التعزيز السلبي تنفيذ الطالب بتعليمات المعلم خوفاً من إرساله إلى مدير المدرسة لنيل العقاب ويتضح من الأمثلة السابقة أن التعزيز السلبي يقوي السلوك المرغوب فيه من خلال التجنب (Avoidance) أو الهرب (Escape).

ب. العقاب: هو الإجراء الذي تؤدي فيه توابع السلوك إلى تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل في المواقف المماثلة ويأخذ ذلك أحد الشكلين التاليين:

- العقاب من الدرجة الأولى: ويعنى إضافة مثيرات سلبية أو منفرة.

- العقاب من الدرجة الثانية: إزالة مثيرات إيجابية أو تعزيزية. وهكذا فالذي يحدد كون الشيء عقابا أم لا هو نتائجه على سلوك المعاقب وليس رأي المعاقب فيه. فالعقاب كالثواب (التعزيز) يعرف وظيفيا، أي من خلال نتائجه على السلوك، فكما أن التعزيز هو الإجراء الذي تؤدي فيه توابع السلوك على تقويته فالعقاب هو الإجراء الذي تؤدي فيه توابع السلوك إلى إضعافه.

ج. الإقصاء، العزل (Time – Out):

ويعني حرمان الشخص – مؤقتا – من إمكانية الحصول على التعزيز وذلك بإقصائه من البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة حال تأديته للسلوك المراد تقليله.

د. التعزيز التفاضلي:

وهو أحد الإجراءات المتبعة لتقليل السلوك غير المرغوب فيه ويتم خلال القوانين التالية:

١.التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر: ويشتمل على محو السلوك غير المرغوب فيه وتعزيز السلوكيات الأخرى المرغوب فيها.

٢. التعزيز التفاضلي للسلوك البديل: يشتمل على تعزيز الشخص على القيام بسلوك لا يتوافق والسلوك غير المرغوب فيه فبدلاً من توبيخ الطالب أو معاقبته جسدياً عندما يجيب عن الأسئلة دون أن يرفع يده،يستطيع المعلم أن يثني عليه عندما يرفع يده.

٣. التعزيز التفاضلي لانخفاض معدل السلوك:يشتمل هذا الإجراء على تعزيز الشخص عندما يصبح معدل حدوث السلوك غير المرغوب فيه لديه أقل من قيمة معينة يتم تحديدها مسبقاً،مع العلم أن هذا الإجراء لا يهدف إلى إيقاف السلوك بل إلى تقليله. وهو يشبه الإجراء المعروف بالتشكيل (Shaping) حيث أن كليهما يحاول تحقيق الأهداف المتوخاة تدريجياً.لكن التعزيز التفاضلي لانخفاض معدل السلوك يعمل على إضعاف السلوك بينما يعمل التشكيل على تقويته.

هـ. الإشباع:

يقوم هذا الإجراء على افتراض مفاده أن تقديم المعزز نفسه بكميات كبيرة لفترة زمنية قصيرة يؤدي إلى فقدان المعزز معناه.وبالتالي إلى الإشباع منه.أو قد يقدم المعزز نفسه بشكل متواصل إلى الإشباع منه.وفي كلا الحالتين يترتب عليه فقدان المعزز لخاصيته التعزيزية.

و.الإغراق: وهذا الإجراء يكون بعد عملية الإشباع،أي عند تقديم المعزز نفسه بكميات كبيرة تؤدي إلى فقدان المعزز لمعناه،تقوم بإجبار الفرد على تناول كمية أخرى إضافية،مما يجعله يشعر بالغثيان أو الاستفراغ،وبالتالي ينفر من هذا المعزز مستقبلاً. مثال التدخين، الحلويات،ألعاب الفيديو.....الخ.

التعلم بالملاحظة:(التعلم الاجتماعي)

أرسى قواعد هذا النموذج (البرت باندورا ١٩٦٩) حيث يرى أن عملية التعلم أو الاكتساب تتم من خلال الملاحظة أو الإقتداء (Modeling) وهو يشير إلى أن معظم السلوك الإنساني متعلم بإتباع نموذج أو مثال حي وواقعي وليس من خلال عمليات التشريط الكلاسيكي أو الإجرائي بل هو تعلم بالإشراط ولكن بطريقة غير مباشرة فعلى سبيل المثال إذا شاهد طفل صديقة وهو يرمي أشياءه في فورة غضبه دون أي عقاب من والديه فإنه يميل إلى تكرار نفس السلوك و تقليده (شوارتز ٢٠٠٠). فمن خلال ملاحظتنا للآخرين نطور فكرة عن كيفية تكوين سلوكنا وكيف تساعدنا المعلومات وتعمل كدليل أو موجه لتصرفاتنا الخاصة.(يوسف٢٠٠١).

ووفقاً لبندورا فإن إحدى القضايا الرئيسية لأي نظرية تعلم هي:كيف يتعلم الإنسان استجابة جديدة في موقف اجتماعي؟ توضح الأبحاث أن الفرد يستطيع تعلم الاستجابة

٣. التعزيز التفاضلي لانخفاض معدل السلوك:يشتمل هذا الإجراء على تعزيز الشخص عندما يصبح معدل حدوث السلوك غير المرغوب فيه لديه أقل من قيمة معينة يتم تحديدها مسبقاً،مع العلم أن هذا الإجراء لا يهدف إلى إيقاف السلوك بل إلى تقليله. وهو يشبه الإجراء المعروف بالتشكيل (Shaping) حيث أن كليهما يحاول تحقيق الأهداف المتوخاة تدريجياً.لكن التعزيز التفاضلي لانخفاض معدل السلوك يعمل على إضعاف السلوك بينما يعمل التشكيل على تقويته.

هـ. الإشباع:

يقوم هذا الإجراء على افتراض مفاده أن تقديم المعزز نفسه بكميات كبيرة لفترة زمنية قصيرة يؤدي إلى فقدان المعزز معناه.وبالتالي إلى الإشباع منه.أو قد يقدم المعزز نفسه بشكل متواصل إلى الإشباع منه.وفي كلا الحالتين يترتب عليه فقدان المعزز لخاصيته التعزيزية.

و.الإغراق: وهذا الإجراء يكون بعد عملية الإشباع،أي عند تقديم المعزز نفسه بكميات كبيرة تؤدي إلى فقدان المعزز لمعناه،تقوم بإجبار الفرد على تناول كمية أخرى إضافية،مما يجعله يشعر بالغثيان أو الاستفراغ،وبالتالي ينفر من هذا المعزز مستقبلاً. مثال التدخين، الحلويات،ألعاب الفيديو.....الخ.

التعلم بالملاحظة:(التعلم الاجتماعي)

أرسى قواعد هذا النموذج (البرت باندورا ١٩٦٩) حيث يرى أن عملية التعلم أو الاكتساب تتم من خلال الملاحظة أو الإقتداء (Modeling) وهو يشير إلى أن معظم السلوك الإنساني متعلم بإتباع نموذج أو مثال حي وواقعي وليس من خلال عمليات التشريط الكلاسيكي أو الإجرائي بل هو تعلم بالإشراط ولكن بطريقة غير مباشرة فعلى سبيل المثال إذا شاهد طفل صديقة وهو يرمي أشياءه في فورة غضبه دون أي عقاب من والديه فإنه يميل إلى تكرار نفس السلوك و تقليده (شوارتز ٢٠٠٠). فمن خلال ملاحظتنا للآخرين نطور فكرة عن كيفية تكوين سلوكنا وكيف تساعدنا المعلومات وتعمل كدليل أو موجه لتصرفاتنا الخاصة.(يوسف٢٠٠١).

ووفقاً لبندورا فإن إحدى القضايا الرئيسية لأي نظرية تعلم هي:كيف يتعلم الإنسان استجابة جديدة في موقف اجتماعي؟ توضح الأبحاث أن الفرد يستطيع تعلم الاستجابة

الجديدة لمجرد ملاحظة سلوك النموذج (Modeling) واكتساب الاستجابة من خلال النموذج يسمى نمذجة. وهناك قضية أخرى تتعلق بتوضيح قدرة الإنسان التي تتوسط بين ملاحظة نموذج الاستجابات وما يتبع ذلك من أداء لهذه السلوكيات من قبل الملاحظ وعملية الاكتساب للاستجابة الملاحظة قد لا تظهر في يوم أو أسبوع أو حتى شهر. وثمة قضية أخرى يجب على أصحاب النظرية الاجتماعية الإجابة عنها وهي الانتقائية في التعلم فالأطفال يتعلمون جوانب مختلفة من سلوك النموذج فقد أشار بندورا إلى ثلاث نتائج مختلفة لتعرض الشخص المراد تعليمه لنموذج ما وهي:

١. اكتساب أنماط استجابات جديدة نتيجة التعلم بالملاحظة.

٢.قد يقوى أو يضعف كف الاستجابات (أي يتولد لديه أثر رجعي وغير رجعي).

٣. قد يكشف عن استجابات سبق له أن تعلمها باستعمال سلوك النموذج كإشارة. من ناحية أخرى ميز باندورا بين اكتساب الاستجابة وتأديتها فالاكتساب لا يعني بالضرورة تأديتها،حيث أن ذلك يعتمد نتائج تقليد النموذج.

ووفق افتراضات نظرية باندورا المتعددة،فإن التعلم بالملاحظة مصدر رئيسي للقواعد والمبادئ، ومصدر رئيسي للسلوك والأخلاق وأخيراً فإن نظرية التعلم بالملاحظة يمكن أن تكون إجراءً علاجيا فعالاً تحت ظروف مناسبة لتقليل المخاوف، والتدريب على مهارات اجتماعية جديدة.

نقد النظرية السلوكية:

رغم صرامة المنحى السلوكية وفائدته في تفسير بعض الاضطرابات النفسية وتعرضه للاختبار الموضوعي سواء على الإنسان أو الحيوان فإن لنا عليه بعض الملاحظات.

١. إن الانتقاد الرئيسي الذي يوجه للسلوكيين هو تبسيطهم (Oversimplification) اللاواقعي للسلوك البشري بحيث يرى بعض العلماء ومنهم (لوندون ١٩٦٩) الذي يرى أن استثناء العوامل الداخلية عند السلوكيين التقليديين الذين ساووا بين النفس البشرية، وحيوانات التجارب أمر غير منطقي. كما أنه إذا تم تجاهل العقل البشري في تجاربهم فإنه لن يبقى لعلماء النفس إلا دراسة الفئران. (Bootzin et al 1980).

٢. يظهر السلوكيون أحياناً عدم اتفاق للمبادئ الأولية للنضج والنمو والدافعية الداخلية ورفضهم للعلميات الداخلية المعرفية،ويتضح في حالة المضطربين سلوكياً أن الحاجة لفهم لماذا حصل؟ ومعرفة ماذا حصل؟ لا يكفى!

٣. إن تعديل سلوك شخص يتضمن أسئلة جادة حول القيم التي لم يتم التعامل معها بعد على نحو ملائم. يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أننا لا نغير الأطفال من أجل إرضاء الكبار،فالأطفال السلبيون الهادئون الذين يسهل التعامل معهم يمكن ألا يكونوا أسوياء.

٤. بعض الجوانب الإيجابية في البرامج السلوكية لا تستمر مع الوقت، وبعض البرامج السلوكية تظهر صعوبة في جانب انتقال التعلم، غير قادرة على مساعدة الفرد لنقل المهارات التي تعلمها لمواقف متشابهة.

٥. لا يحتمل أن يوجد نموذج يفسر كل السلوكيات لكل طفل.(يحيى ٢٠٠٣).

٦. إن التفسيرات السلوكية كانت تقتصر في كثير من الأحيان على الأعراض وليس الأمراض.

٧. يزعم بعض منظري المنحنى السلوكي أن السلوك السوي يختلف عن السلوك المضطرب في الكم لا الكيف. وقد ردد بعض الباحثين هذا الزعم من بعدهم. نحن لا نوافق على أن الفرق بين الشخص السوي و الشخص الفصامي الذي يعاني من الهذاءات والهلاوس هو مجرد فرق في شدة الأعراض. وربما كانت هذه النقطة بالذات دليلاً على عدم شمولية نظريتهم في تفسير الأمراض النفسية حيث يمكن قبولها عند الحديث عن شيء كالمخاوف والقلق مثلاً، بينما لا ينطبق ذلك على الفصام والأمراض الذهانية الخطيرة ومشكلات الإدمان (يوسف ٢٠٠١).

حسنات النظرية السلوكية:

١. سهلة التطبيق.

٢. غير مكلفة.

٣. من أفضل النظريات للتعامل مع المعاقين.

النظرية البيوفيسيولوجية:

ارتبطت دراسة السلوك اللاسوي تاريخياً بالدواء، وكان العلاج باستخدام العقاقير هو المميز للبعد الطبي في تعامله مع الاضطرابات السلوكية،حتى أن استخدام المصطلحات الطبية أكثر اتساعاً في هذا المجال فعلى سبيل المثال عندما اكتشف لويس باستور العلاقة ما بين البكتيريا والمرض وبعدها اثبت وجود الفيروس ثم تبلورت نظرية الجراثيم التي ألقت الضوء وأوضحت الكثير من الغموض في عالم الأمراض الخارجية وعزوها إلى وجود الفيروسات ولكن هذه النظرية لم تستطيع أن تبرر بعض الأمراض من مثل السكري الذي هو خلل في افرازات مادة الانوسلين في البنكرياس دون أن يكون السبب فيها هو العدوى أو التأثير بالبكتيريا وكذلك أمراض القلب التي تنجم عن ضغوطات الحياة، ومن هنا نلاحظ أن الأمراض لها أسباب مختلفة لكنها تلتقي جميعها بميزة واحدة وهي: أن ثمة خلل بيولوجي أو أن هناك اضطراباً ما ولا يعمل بشكل صحي ولهذا اخترنا أن نطلق على هذا المنحنى النظرية البيوفيسيولجية (Davison. Et. al 2001).

ويعتقد بعض المختصين أن كل الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد البيولوجي، ومع أن هذا الاستعداد قد لا يكون السبب في اضطراب السلوك، إلا أنه قد يدفع الطفل إلى الإصابة بالاضطراب أو المشاكل.فالأدلة على الأسباب البيولوجية واضحة أكثر في الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جداً، فمثلاً في حالات التوحد فإن الأطفال يظهرون عدم توزان كيماوي، كذلك فإن الجينات غالباً ما تلعب دوراً في فصام الطفولة. ومع أنه في بعض الحالات يكون هناك خلل بيولوجي، إلا أن أحداً لا يستطيع أن يجزم القول فيما إذا كانت هذه الأسباب الفيسيولوجية هي السبب في اضطراب السلوك أو أنها مصاحبة لها بطريقة غير معروفة.

(يحيى ٢٠٠٣).

وينظر كوفمان إلى العوامل البيولوجية على أنها وراء الاضطراب السلوكي والانفعالي، ونادراً ما يكون بالإمكان إظهار العلاقة السببية بين العامل البيولوجي المحدد والاضطراب السلوكي الانفعالي. وفي كثير من سلوكيات الأطفال العاديين بعض الاضطرابات البيولوجية، وبالنسبة للاضطراب البسيط والمتوسط ليس هناك دلائل على أن العوامل البيولوجية وحدها تشكل جذور المشكلة، أما في حالة الاضطراب الشديد،

فإن هناك بعض الدلائل التي تشير إلى أن العوامل البيولوجية يمكن أن تساهم في حدوث الحالة (Hallahan & Kaufman 1991).

وعند دراسة النظرية البيوفسيولوجية فإننا نميز بين عدة أبعاد فرعية داخل هذه النظرية لتفسير الأمراض النفسية، هي: العوامل الوراثية (الجينية)، والاختلالات الكيميائية الحيوية، والتغير في بنية ووظيفة المخ والجهاز العصبي (يوسف ٢٠٠١).

أولاً: العوامل الوراثية:

تمت دراسة دور العوامل الوراثية في معظم الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات الشخصية والاضطرابات السلوكية وتعاطي المخدارات، تبين أن العوامل الجينية لها دور مهم في الأمراض النفسية وأنها يمكن أن تفسر ما يزيد عن ٥٠% من الارتباطات الملاحظة بين الاستعداد للمرض النفسي وأعراض أمراض نفسية كالقلق والاكتئاب (Carey & Dilalla) هذا ويوجد ثلاثة مداخل رئيسية لدراسة دور العوامل الوراثية وهي:

١. دراسات الأسرة:

تقوم هذه الدراسة على أساس معرفتنا بأن الأنواع المختلفة من العلاقات الأسرية تنطوي على درجات مختلفة من التشابه المراثي. فالأطفال يتلقون نصف جيناتهم الوراثية من أحد الوالدين والنصف الثاني من الطرف الآخر، ومن ثم فإن الوالدين والأطفال متماثلون وراثياً وبنسبة ٥٠% وبالتالي يتم فحص الأسر عند ظهور اضطراب ما في أحد أفرادها والأقارب الذين يتقاسمون ما نسبته ٥٠% من الصفات الوراثية يطلق عليهم أقارب من الدرجة الأولى

(First Degree Relatives)، أما إذا كانت الصفات الوراثية نسبتها ٢٥% مثل أبناء العم فإنه يطلق عليهم أقارب من الدرجة الثانية (Second Degree Relatives) ومن هنا إذا كان ثمة استعداد وراثي لوجود اضطراب نفسي فإن دراسة العائلة يجب أن تظهر العلاقة بين عدد الجينات المشتركة ونسبة انتشار الاضطراب بين الأقارب. وغالباً ما تبدأ دراسة نسبة المصابين من هؤلاء الأفراد بالمرض نفسه الذي يوجد لدى الحالة الأصلية (Index Case) وعندما يتم فحص كل الأسرة بهذه الطريقة يتمكن الباحثون من التوصل على متوسط نسبة الاضطراب بالأسرة (Alloy

et al 1996) غير أن أحد التحديات التي تواجه هذا النوع من الدراسات إن الأخوة أحياناً يعيشون في بيئة واحدة ويتعرضون لظروف التنشئة نفسها مما يصعب معه الاستنتاج بأن دور العوامل الوراثية هو دور حاسم. (Davison .et al 2001) قد تم التوصل إلى أن السبب الرئيسي لنشوء الاضطراب الدماغي السلوكي هو وراثي. ولكن لا بد من تأثير البيئة في ظهور الاضطراب، ولا بد من الإشارة إلى النقاط التالية في مجال العوامل الوراثية:

١. وجود الاستعداد الوراثي لهذا الاضطراب لا يعني أنه سوف يظهر.

٢. إذا ظهر الاضطراب، فإنه ليس بالضرورة أن تكون الوراثة السبب المباشر والرئيسي.

٣. ليس كل من يحمل الخلية الوراثية (المصابة) يحصل لديه الاضطراب وقد يولد الطفل حساساً بصورة أكثر من العاديين، وذلك لعوامل وراثية مما يؤدي إلى أن يسلك في بعض المواقف العادية سلوكاً غير عادي (Heward & Orlansky 1988).

٢. دراسات التوائم:

إن إشكالية الوراثة مقابل البيئة أقل إرباكاً في مجال التوائم. وتضم دراسات التوائم عادة، والتوائم المتماثلة (Monozygotic) وغير المتماثلة (Dizygotic) وغالباً ما تكون التوائم المتماثلة من نفس الجنس ويتشاركان في نفس البويضة في الرحم وبما نسبته ١٠٠% من جيناتهم، أما التوائم غير المتماثلة فإن كل منهما يتشكل في بويضة منفصلة وليس بالضرورة أن يكونا من نفس الجنس كما أنهما يشتركان بما نسبته ٥٠% من صفات الجينات. وعموماً مادام التوائم يعيشون عادة في الأسرة ذاتها فإن النوعين من التوائم يختلفون في درجة التشابه الوراثي ويتشابهون في ظروفهم البيئية، ومن ثم فإن المقارنة بين التوائم المتماثلة منها وغير المتماثلة يمكن أن تلقى الضوء على الإسهامات الوراثية والبيئية في الاضطراب ويتم قياس درجة التطابق في كلا النوعين للإجابة عن الأسئلة الخاصة بدور العوامل الوراثية.(يوسف ٢٠٠١).

٣. دراسات التبني:

تعطي دراسات التبني (Adoption) دليلاً على الإسهامات الوراثية في مقابل الإسهامات البيئية في تطور الاضطراب النفسي، وفي هذه الدراسات تتم مقارنة

الأشخاص الذين تم تبنيهم وهم أطفال مع أقاربهم البيولوجيين وأقاربهم بالتبني في ضوء مدى التطابق في الاضطراب. فإذا كان التطابق مرتفعاً مع الأقارب البيولوجيين عن الأقارب بالتبني، عد ذلك دليلاً على إسهام العوامل الوراثية، والعكس صحيح. ولكن دراسات التبني تصادف بعض المشكلات، منها أن التبني في أساسة أمر اختياري وليس عشوائياً، كما أن تفسير النتائج يكون صعباً عندما تؤدي نتائج دراسات التوائم ودراسات التبني إلى نتائج متعارضة.

نتائج بعض الدراسات والأبحاث:

تشير (إيلي) في إحدى دراساتها إلى أن التأثيرات الجينية على ارتقاء وتطور الاضطرابات النفسية قد تكون أكثر عمومية عما كان معروفاً من قبل وهناك دلائل تشير على أن الإرهاب الاجتماعي اضطراب ينتقل عبر الأسرة (في إشارة واضحة إلى دور العوامل الوراثية) ويعتبر اضطراب الهلع (Panic) من بين الاضطرابات التي لها أساس جيني (Eley 1997) كما بينت أيضاً في دراسة أخرى أن العوامل الوراثية تسهم بدرجة كبيرة وواضحة في الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين (Eley 1997b)

وأشارت دراسة لينفيلد إلى أن هناك عاملاً وراثياً واضحاً في اضطراب الجسدنة (Somatization) (Lilienfeld 1992).

وقد درس كيندلر وزملاؤه عينة تزيد عن ٢٠٠ زوج من التوائم الإناث ولم يكنّ مريضات نفسياً، وتبين أن اضطرابات القلق المختلفة مرتفعة بين التوائم المتماثلة مقارنة بالتوائم غير المتماثلة.(Kendler et al.1992a) وأوضح كندلر في دراسة أخرى أن وراثة الاكتئاب تتراوح ما بين ٣٣-٤٥% (Kendler et al 1992 b).

وأشارت دراسة أخرى إلى أن هناك أثارا وراثية في الجوانب الوجدانية والجسمية، ويمكن أن تعزى إلى عامل جيني مفرد، وهو ما يشير إلى أن الأعراض الاكتئابية لدى كبار السن قد تكون موروثة بأكثر مما أشارت إلية الدراسات السابقة (& Mc Gue Christensen 1997).

وفيما يتعلق بالفصام فقد أشارت بعض الدراسات التبني إلى أن الأقارب البيولوجيين للفصاميين لديهم مخاطر التعرض للفصام بالإضافة إلى مشكلات توافقية أخرى

(Kendler & Diehl 1993) وفي دراسة شيقة على التوائم المتطابقة (أي أن الاثنين مصابات بالفصام) وغير المتطابقة (أي أن أحدهما فقط هو المصاب بالفصام) تبين أن التوأم المفرد الذي يعاني من الفصام هو الذي يعاني من مستويات منخفضة من النشاط العصابي (Holmes 1994).

نلخص مما سبق أنه لا يوجد مجال للشك في دور العوامل الوراثية في انتقال الأمراض النفسية كالقلق والهلع والاكتئاب والفصام والوسواس القهري، ومع ذلك فهناك دراسات فشلت في إثبات العلاقة بين العوامل الوراثية واضطراب القلق العام (Kendler et al 1992) كما أنه لم تتضح بعد الميكانيزمات التي تؤثر من خلالها هذه الجينات محدثة المرض النفسي ومن ثم فإن ذلك يبقي الباب مفتوحاً للبحث عن عوامل ومتغيرات أخرى تفسر الأمراض النفسية.(يوسف ٢٠٠١).

ثانياً: التغيرات الكيميائية الحيوية:

يمكن تفسير الحالات المزاجية والاضطرابات النفسية والعقلية على أساس عدة تفسيرات كيميائية حيوية وعصبية، منها:

١. الاختلالات في النواقل العصبية، وهي على أنواع ثلاثة: النورابينفرين والدوبامين والسيروتونين.

٢. تناول الأدوية والعقاقير التي تحدث تأثيرات في كيمياء المخ. والجدول التالي يبين العقاقير الأكثر استخداماً في معالجة الاضطرابات السلوكية مع الأطفال.(Gadow, 1986).

الدواء	الاضطراب	التأثيرات الجانبية
ريتالين	النشاط الزائد، اضطراب التصرف	فقدان الشهية، والأرق.
إيلافيل	الاكتئاب.	الخمول، جفاف الفم، الدوار، فقدان الشهي
هالدول	الفصام في الطفولة المبكرة.	التخلج، الخمول، المشكلات الكلامية.
ميلاريل	النشاط الزائد، والنوبات الصرعية	السلس البولي والإثارة.
ثورازين	الفصام في سن المدرسة.	جفاف الفم، الخمول، زيادة الوزن.

٣. الاختلالات الهرمونية والتمثيل الغذائي:

إن المواد الكيميائية في جسم الإنسان من مثل: PKU واليورين (Urine)، و Phenyl Pryuric acid وغيرها من المركبات الكيميائية في جسم الإنسان، فإن نقصانها أو زيادتها في الجسم يؤدي إلى اضطراب السلوك. وقد أشار كوفمان إلى أن العوامل الفيسيولوجية والعوامل البيوكيميائية أو أن اتحاد عاملين مع بعضهما البعض يسبب حدوث الاضطرابات السلوكية (Kauffman, 1989)

٤. عوامل أخرى:

- خلل عضوي (جسمي) فهناك جزء أو أكثر في الجسم يوجد به نقص في الشكل أو الحجم (Spinabifida) وكذلك وجود عيب في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم مثلاً (Clubfoot) القدم المشوهة.

- خلل وظيفي: وجود خلل وظيفي في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم مثلاً: فقد السمع، فقد البصر ....الخ.

- أخطاء في عمليات الايض: الجسم يكون غير قادر على تحويل بعض المواد الكيميائية إلى مواد أخرى لازمة لوظائف الجسم مثل PKU فيتل كيتونوريا و (Tay-Sachs) تي . ساكس.

- أمراض الدم: الدم غير قادر على القيام بوظائفه الطبيعية مثل الانيميا وهيموفيليا.

- البناء التكويني للجسم سبباً في بعض الاضطرابات ومن أمثلة ذلك مثلاً يوجد ارتباط بين الجسم والتوافق مثلاً النمط الجسمي المعروف باسم (الجلدي) قد يرتبط بعدم الارتياح والشعور بالقلق.

- قد يرتبط الجهاز العصبي للإرادي بالسلوك: مثلاً قد يرتبط الجهاز السبمثاوي بحالات الاعتماد على الآخرين وعدم الاستقرار وعدم الشعور بالأمن.

- عوامل الإنجاب: مثلاً اضطرابات السلوك أكثر شيوعاً بين الأطفال (المبسترين) من غيرهم. العمليات القيصرية، أو الولادات الصعبة.

- التلف المخي أو سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي.

تقويم المنحى البيولوجي:

يتميز المنحنى البيولوجي باستناده إلى أسس موضوعية في الكشف عن الأسباب التي تقف خلف المرض النفسي العقلي. كما تتوافر إلى حد كبير وسائل التشخيص، خاصة

الطبية من تصوير للمخ، وهندسة الجينات وتحليلها والهرمونات، ومع ذلك فإنه يواجه عدداً من المصاعب نجملها فيما يلي:

١. يتصور أصحاب النظرية البيوفيسولوجية أن الاضطرابات النفسية ترجع إلى سبب مفرد (الجينات أو الاختلال الكيميائي) وذلك قياساً على الأمراض الجسمية، ولكن من الصعب المساواة بين المرض الجسمي والمرض النفسي من حيث واحدية السبب.

٢. يتجاهل هذا المنحى العوامل البيئية، رغم النتائج التي تؤكد دور هذه العوامل.

٣. يفشل هذا المنحى في النظر إلى الفرد ككل أو (جشطالت) عند تحديد سبب المرض.

٤. هناك بعض الاضطرابات التي توجد ضمن منظومة الأمراض النفسية مثل اضطرابات الشخصية، والتي يرى منظرو هذا المنحى أنها تقع خارج نطاق اهتماماتهم أو يتصورون أنها بلا أساس عضوي.

٥. ينطوي على بعض المشكلات فيما يتعلق بتحديد العلاقة السببية، أنه يثير بعض المشكلات الأخلاقية (وخصوصاً فيما يتعلق بالعوامل الوراثية والبيئية ودراسات التوائم).

٦. عندما يتم استخدام منحى تعاطي الأدوية لإثبات بعض العلاقات السببية، فإنه يقع في مشكلات أخلاقية وعملية عندما يرفع أعراض معينة أو يخفضها (كتعاطي الامفيتامينات- مثلاً لإحداث أعراض ذهانية) دون ضمانات كافية ورعاية لاحقة مأمونة.

النظرية التحليلية:

يعتبر منحى التحليل النفسي أو المنحى السيكودينامي هو مدرسة في التفكير وجدت بواسطة اهتمام مشترك بالديناميات والتفاعل المشترك بين القوى التي تقف في مستوى عميق من العقل وقد اتفق أنصار هذه النظرية على ثلاثة مبادئ أساسية:

الأولى: الحتمية النفسية (Determinism) أي أن معظم سلوكنا محدد ولا يتم اختياره بحرية بل هو محدد بواسطة قوة طبيعية وقوى نفسية.

الثاني: الاعتماد بأن مثل هذه القوة تعمل بشكل لا شعوري.

الثالث: أن الصورة التي تتشكل منها هذه القوة تتأثر بخبرات الطفولة وخاصة في علاقتها بالأسرة. (Alloye et al 1995).

ويعد سيجموند فرويد أول السيكودينامين وبقيت أفكاره تؤثر في العلماء الآخرين إلى يومنا هذا، ووضع فرويد تصوره عن تركيب الشخصية في نموذج مكون من ثلاثة نظم (الهو – الأنا – الأنا الأعلى)، وهي ليست أجزاء منفصلة داخل العقل ولكنها ممتزجة ومرتبطة ببعضها البعض، وهي:

١. الهو (ID): وتشمل كل مكونات النفس وتشمل الغرائز والدوافع الفطرية الموروثة وهي لا شعورية تماماً وتمثل الجانب المظلم الفوضوي في الشخصية.

٢. الأنا (EGO): وهو المكون الثاني في الشخصية ويبدأ تكوينها عند الشهر السادس حتى الثامن وتتطور الأنا عن الهو الواقع وتنبثق منها لتساعدها على اكتساب معالمها النهائية، خاصة عندما يتوجب على الطفل البدء في الاستجابة والتكيف مع الواقع، كما تقوم بضبط إندفعات الهو والتحكم في دوافعها، وهي عقلانية منطقية، وتحاول تأجيل الإشباع لكي تحافظ على مبدأ الواقعية، وتعد الأنا الجزء المسيطر والمتحكم في الشخصية لأنها تقوم بالتحكم في أداء الفرد لوظائفه الشخصية.

٣. الأنا الأعلى: (Super EGO) الذي يتولد من حصيلة الخبرات التي تمر بها الأنا، وذلك نتيجة احتكاكها بالدافع الاجتماعي بما فيه من معايير وقيم وغالباً ما نسميها بالضمير فتجعلنا نسلك وفقاً للذات المثالية التي تنشأ لدينا في مرحلة الطفولة والتي تساعد الأبوين وغيرهم على رسمها. (يحي، ٢٠٠٣).

فقد أكد فرويد بشدة على مبدأ (الحتمية) النفسية والذي يشير إلى أن أنماط السلوك السوية أو الشاذة تتحدد أو تنتج عن القوة النفسية الداخلية التي أسماها فرويد بـ (الهو – الأنا – الأنا الأعلى) فهذه القوة تتفاعل في تنفيذ الأنشطة الفعلية الشعورية حتى تؤدي إلى اضطراب سلوكي، كما يجب أن يوفق الأنا الذي يخضع لمبدأ الواقع بين نزعات الهو وضوابط الأنا الأعلى ومتطلبات الواقع الخارجي، أما إذا لم تحل الصراعات بطريقة ناجحة أو إذا لم تستطيع الأنا بالتوفيق بين نزعات الهو وضوابط الأنا الأعلى والواقع الخارجي فكل هذا سوف يؤدي إلى الاضطراب السلوكي. (Boutzin etal 1980).

مراحل النمو:

يقول معظم أصحاب هذا الاتجاه بأننا لا نعي القوى والأمور الداخلية التي تؤثر على سلوكنا ولا نعي دوافعنا الداخلية، بالإضافة إلى ذلك فإنه ينظر إلى الشخصية على أنها ديناميية، وهكذا فإن النمو الإنساني عادة نفهمه من خلال مراحل، وقد اقترح فرويد خمسة مراحل وخطوات تشكل الشخصية، يمكن النظر إليها كنمو جنسي – سيكولوجي حيث يمر النمو بالمراحل التالية:

١. المرحلة الفمية (Oral).

٢. المرحلة الشرجية (Anal).

٣. المرحلة القضيبية (Phallic)

٤. المرحلة الكامنة (Latency)

٥. المرحلة الجنسية (Gential)

وتظهر اضطرابات القلق في المرحلة القضيبية مثال ذلك الطفل الصغير يكون لديه فوبيا أو خوف هياجي من الرجال الراشدين ربما قد فكر في إزاحة قلق الخصاء الذي قد خبره من والده إلى جميع الرجال الراشدين.

أما المرحلة التناسلية والتي تمثل المستوى الأعلى في التطوير النفسي الجنسي لدى فرويد، فيكون الراشدين قد وصلوا لهذه المرحلة بصحة نفسية جيدة، قادرين على إخفاء الطاقات الجنسية العدوانية، واستخدامها في أنشطة مقبولة اجتماعياً (الرسم الأداب – الفن)، ويمكن القول أن هؤلاء الراشدين يستخدمون ميكانزمات دفاع ناجحة ضد النزعات الجنسية أو العدوانية. (الفايد، ٢٠٠١).

هذا وأشار فرويد أن للتحليل النفسي ثلاثة معان هي:

١. طريقة للعلاج تستخدم التداعي الحر وتعتمد على تحليل المقاومة والتحويل.

٢. منظومة من النظريات في الوظائف السيكولوجية للإنسان تؤكد على دور اللاشعور.

٣. طريقة البحث في وظائف عمل العقل.

فالتحليل النفسي: هو عملية لاستقصاء العمليات العقلية التي لا يمكن النفاذ إليها بوسيلة أخرى، وهي طريقة تقوم على الاستقصاء بهدف علاج الاضطرابات اللاسوية عند الإنسان ومنها الاضطرابات العصابية. (وهبي، أبو شهوة، ١٩٩٨).

هذا وقد استعان فرويد في تفسيره للأمراض العصابية بالحيل الدفاعية أو الميكانزومات الدفاعية، ورغم أنها لا تعتبر سبباً مباشراً في أحداث المرض النفسي فإنها تعتبر من وجهة نظره آليات أو وسائل للدفاع ضد مخاطر القلق لكنها تسهم فيما بعد بشكل أو بآخر في حدوث المرض النفسي من خلال إنكار أو تزييف أو تحريف الواقع. ومن آليات الدفاع التي ذكرها ما يلي:

- الإعلاء أو التسامي: ويستخدم للتحول من السلبية إلى الإيجابية وقلب الموضوع.
- الإغماء: وهو مكيانزم دفاعي (إيقاف للوظائف المنطوية على تهديد).
- الإنكار: إنكار الوقائع والأحاسيس الأليمة.
- الكذب: وهو حمل الأشخاص الآخرين على تصديق شيء غير حقيقي.
- الإسقاط: وهو تقديم للمفحوص معان تختلف عن المعنى الذي صمم الموقف تبعاً له.
- الكبت: وهو ميل اللاشعور إلى أن ينسى الشخص أو إلى أن لا يصبح واعياً لخبرات داخلية أو بأحداث خارجية تمثل دائماً عقوبات ممكنة متصلة بمطالب غريزية وأبعادها إلى اللاشعور بالكبت.
- العزل: عزل الفكرة عن الطاقة الانفعالية.
- التبرير: التماس المفرد أسبابا غير الأسباب الحقيقة للسلوك. (يوسف، ٢٠٠١).

النكوص: العودة إلى سلوكيات طفولية.

ويرى فرويد أن هناك ثلاثة عناصر تشكل الصراع العصابي المرضي:

١. إحباط الرغبات الجنسية عن طريق الأنا والذي ينتج عن حجز الغريزة الجنسية وينشأ الإحباط كرد فعل للقلق.

٢. التحويل الممكن للرغبات الجنسية المنتبطة إلى أعراض عصابية ففي بعض الحالات قد يؤدي إلى تدمير الرغبات المكبوتة وتحول طاقاتها إلى استخدامات أخرى.

٣. عدم ملائمة الكبت مع استيقاظ وشدة الغريزة الجنسية عند البلوغ بعد أن كان فعالاً خلال الطفولة وفترة الكمون، وبذلك يعيش الفرد عصابياً مركزاً. (الشناوي، ١٩٩٤).

ويرى فرويد أن القلق حالة خاصة من عدم السرور وهو رد فعل عام للخطر، وهناك "٣" أنواع للقلق هي:

١. القلق الواقعي: الذي ينتج من أخطار واقعية موجودة في العالم الخارجي للفرد.

٢. القلق الأخلاقي: وهو عبارة عن الخوف من الضمير وينتج عن الصراع مع الأنا الأعلى.

٣. القلق العصابي: وهو عبارة عن خوف من خروج رغبات الهو عن الانضباط. (الشناوي، ١٩٩٤).

أفكار النظرية التحليلية:

اقترح فرويد عام "١٩٠٥" أن عمليات تطور الشخصية تتم من خلال سلسلة من مراحل النمو النفسي والجنسي، وأن التثبيت والنكوص إلى أي مرحلة منها يؤدي إلى الاضطراب النفسي، فالفصام مثلاً هو نكوص إلى الشق الأول من المرحلة الفمية، وهذا النكوص يعتبر إشارة إنذار إلى أن المريض غير مستعد لمواجهة متطلبات الراشد. (Bootzner et al, 1980).

كما ترجع اضطرابات الشخصية إلى المراحل النفسية الجنسية المبكرة (القبتناسلية)، فقد افترض فرويد أن التدريب على أعمال النظافة التي كانت مهملة جداً يمكن أن تؤدي إلى التثبيت (Fixation) على المرحلة الشرجية، وإذا ما أصبح الفرد مثبتاً على هذه المرحلة أو أي مرحلة قبتناسلية، فإنه سوف يكون كما اعتقد فرويد مقاوماً لتحقيق النمو الناضج الشخصية، واقترح فرويد أن الخلق الشرجي الذي يصف راشداً يكون قذراً أو نظيفاً أو منظماً بشكل مبالغ فيه يعتمد على طبيعة تدريب الشخص على سلوك استخدام الحمام أو دورة المياه، وبالمثل فالخلق الفمي قد يؤدي إلى ظهور أعراض مثل التدخين أو أمراض في الأكل أو عادات فمية متزايدة (Bootzner, et al 1980).

بعد عام "١٩١٢" ظهرت بعض الانشقاقات داخل جماعة وأنصار فرويد بسبب بعض الاختلافات الجزئية في المنهج أو النظريات وفيما يلي تفصيل لذلك:

انفصل العالم ادلر Adler عن فرويد وأنشأ مدرسة أسماها (علم النفس الفردي) وبالرغم من اقتناع ادلر بشيوع مشاكل الجنس في الأمراض العصابية، إلا أنه رأى أن الحقيقة الرئيسية في الأمراض العصابية هو الشعور بالنقص – الدونية (Inforiority) ونزوعاً إلى السيطرة والعلو فإذا رأى أحد في نفسه شيئاً في دونيه أو نقص فإنه يندفع ليموت أو ليجعل نفسه أعلى بأية طريقة. (عباس، العنبكي، ٢٠٠١). كما فسر ادلر العصاب بأنه ينشأ من خطأ في إدراك الفرد وتفسير بيئته وأن أسبابه ترجع إلى خبرات الطفولة وخاصة تلك التي تتعلق بالعلاقة المضطربة داخل الأسرة. (يوسف، ٢٠٠١).

أما يونج (Yung) فافترض أن هناك مستودعاً كبيراً للطاقة عامة غير متمايزة تنبثق منها القوة الدافعية للإنسان في حياته، كما ركز على مفهوم الانبساط – الانطواء، فقال أن الانبساطيون يستجيبون موضوعياً للعالم الواقعي، أما الانطوائيون، فيميلون إلى الحياة في عالم الخيال، وهذا الاتجاه نحو الواقع الخارجي أو الذات الداخلية جزء أساسي في التكوين الجسمي النفسي للفرد، ويرى أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور.

أما هوراني (Hourny) فرأت أن الصراع ينشأ عن الأوضاع والظروف الاجتماعية، وهي ترى أن العصابي شخص يعاني من مشكلات خطيرة، أسهمت البيئة والثقافة في تكوينها أثناء فترة الطفولة، ولم يتم حل تلك المشكلة على نحو مقنع ومرضي. (يوسف، ٢٠٠١).

في حين اعتبر ثورندايك أن صدمة الميلاد مصدراً لمعظم القلق الذي يشعر به الفرد في مقتبل حياته، وأن الإرادة هي أهم القوة الحيوية في تكامل أو تفكك الشخصية، أن العصابي شخص معتمد، غير ناضج انفعالياً، ولم تتطور إمكانياته التي تمكنه من الضبط ومن تأكيد الذات.

(عكاشة، ١٩٩٨).

سوليفان (Sullvian) فسر القلق على أنه شعور أو انفعال مؤلم يمكن أن يظهر من الحاجات العضوية أو من فقدان الأمن الاجتماعي، كما أن الفرد غير واحي أو مدرك لدوافع السلوك رغم إدراكه لهذا السلوك، كما أشار أن القلق أساس كل من العصاب

والذهان وهو ناتج عن علاقات الشخصية مع الآخرين ووصفه بأنه استجابة لمشاعر عدم الموافقة من جانب الكبار سواء كانوا حقيقيين أو متخيلين.

في حين رأى فروم (Fromm) أن كل المشاعر والتصرفات محاولات للعثور على إجابة للوجود ومحاولة لتجنب الاضطراب، كما أكد على مشاعر العزلة وانعدام الأمن، باعتبار بأن الشخص يشعر ويحسن بهذه الطريقة نظراً لأنه قد غدا منفصلاً عن طبيعته وعن الآخرين ممن حوله من الناس، ويرى أن العصاب أحد مظاهر الفشل الأخلاقي وهو تعبير عن نزاع أخلاقي وأن القلق هو نتاج ضغوط ثقافية وبيئية.

أما اريكسون (Erikson) فركز على مراحل النمو النفسية الجنسية، ولكنه لم يتجاهل التطور الاجتماعي النفسي، ويرى أن هناك متطلبات بيئية حديثة تغرس عناصر ومكونات انفعالية سلبية وإيجابية خلال مراحل الشخصية وتطورها. (يوسف، ٢٠٠١).

كما حاولت نظريات التحليل النفسي تفسير الانحرافات السلوكية من خلال خبرات الأطفال في الفترات المبكرة من الحياة في ظل مبادئ التحليل النفسي، حين أن بعض الخبرات المبكرة غير سارة تكبت في اللاشعور. إلا أن هذه الخبرات المكبوتة تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك وتؤدي إلى الانحرافات السلوكية، كما حاول أنصار هذه النظرية تحليل العمليات الداخلية التي هي جزء من الدينامية، وتنادي بأن النشاطات العقلية والجسمية للإنسان ما هي إلا نتيجة للاندفاعات اللاشعورية، كما اهتمت النظرية التحليلية بالسبب الذي أدى بالطفل لأن يسلك بالطريقة التي يسلك بها. (يحي، ٢٠٠٣).

التشخيص: من وجهة النظر التحليلية:

يقوم أصحاب هذا الاتجاه بعملية التشخيص وذلك للحصول على المعلومات لتساعد بتصميم تدخل مناسب. فهم يهتمون بتاريخ الفرد مثل اهتمامه بحاضره، وتجمع المعلومات من مصادر متعددة حيث يقابل الطفل وكذلك والديه ويطلب من المعلم أن يشارك بملاحظات عن سلوك الطفل. ويمكن أن يكون الفحص الطبي مطلوباً وهناك معلومات يمكن الحصول عليها من سجلات المدرسة وأهمها السجل التراكمي.

كما يمكن تطبيق الاختبارات النفسية واختبارات الذكاء والشخصية، يتم تحليل جميع هذه المعلومات من أجل تقييم إدراك الطفل للموقف وإلى أي مدى يمكن أن يتحسن سلوكه.

وآخر خطورة في عملية التشخيص هي تحديد أهداف التدخل فبعّد جمع المعلومات اللازمة لعملية التشخيص وتحديد الأسباب والعمليات الدينامية للسلوك المضطرب فإنه من الضروري تحديد ما الجانب الأكثر أهمية الذي يجب تغييره. (يحي، ٢٠٠٣).

أهداف التدخل من وجهة نظر تحليلية:

إن أهداف التدخل الدينامي داخلية، بيئية سلوكية وفيما يلي توضيح أكبر لها.

١. الأهداف الداخلية: وتتمثل في تحسين فكرة الفرد عن نفسه، ومساعدة الطفل على الاستقلالية ومساعدته على فهم نفسه الآخرين.

٢. الأهداف السلوكية: مساعدة الطفل على التعبير عن اندفاعاته بطرق مقبولة اجتماعية، ومساعدة الطفل على ضبط اندفاعاته السلبية، وتشجيع الطفل على التعبير عن نزاعاته الإيجابية وتطويرها.

٣. الأهداف البيئية: تزويد الطفل بمصدر انفعالية ضرورية لنموه، وتزويد الطفل ببيئة مناسبة للتعلم لحل مشكلاته ولتطوير سلوكه الإيجابي. (يحي، ٢٠٠٣).

الاستراتيجيات العلاجية:

استراتيجية التحليل النفسي وديناميات النفس البشرية:

يعطي المؤيدون لاستراتيجيات ديناميات السلوك، التي تعرف أحياناً باسم النموذج الطبي Medical Model أهمية خاصة للإطار العلاجي الطبي، ويرون ضرورة تدخل الجانب الطبي في عمليات تشخيص الحالات وعلاجها واتخاذ القرارات بشأنها، ويؤكد هؤلاء أيضاً على دور الجانب الطبي في تقييم الحالات وتحديد مدى التقدم الذي يطرأ على الحالة، وفي ظل هذه الاستراتيجية يصبح دور الأخصائي التربوي دوراً ثانوياً كما أن العلاج يتضمن محاولة إزالة الأسباب بدلاً من محاولة التخلص من الأعراض.

استراتيجية الأسلوب العلاجي: حيث ينظر هذا الأسلوب إلى المتغيرات التعليمية التربوية على أنها تأتي على الدرجة الثانية وفيه تصبح عملية تقبل الطفل وتكوين علاقة وثيقة بين الطفل والمعالج من الأمور المهمة. (يحي، ٢٠٠٣).

العلاج النفسي السطحي التدعيمي:

فيه يعتمد المعالج إلى تدعيم الوسائل الدفاعية لدى المريض، ويعتبر نوعاً من التضميد ونلجأ إليه حينما تكون الذات ضعيفة بدرجة قد تجعل مهاجمة الوسائل الدفاعية إلى انهيار الذات لذلك نساند الذات وندعمها ولا نلجأ إلى التفسيرات أو المواجهة بل نسعى إلى تقوية دفاعاتها ومميزات هذا العلاج:

١. أنه أبسط أنواع العلاج ومتغير المدة.

٢. يمكن دمجه مع أنواع أخرى من العلاج.

أما عيوب هذا الأسلوب فتتمثل بأنه أقل شفافية وتأثيره سطحي وتزيد نسبة الانتكاس فيه، ونظراً لهذه العيوب تم تطوير هذا النوع من العلاج الذي هو علاجاً تدعيمياً مخططاً ويتمثل في الجلسات النفسية والمقابلات ويتراوح عددها من ٨-١٢ جلسة وأهدافها كالآتي:

١. بناء علاقة بين المعالج المريض وأخذ التاريخ المرضي والفحص.

٢. اختيار الأهداف وبلورة خطة العلاج.

٣. التفسير وربط التفسيرات بحياة المريض وفهمه لها ومدى قبوله لها في الآخر (Bootzn, et, al 1980).

ومميزات العلاج التحليلي، ما يلي:

١. يعتبر المرض تعبيراً عن عقد اللاشعور .

٢. العرض يعتبر تخفيف للكبت.

٣. العرض يتحدد بالحيل الدفاعية والقدرات الخاصة.

٤. كل علاج العصابين يجب أن يكون على أسس تاريخية.

٥. يهتم بتفسير الأحلام والأفعال. (Bootzn, et, al 1980).

الطرق العلاجية (تكنيكات التدخل العلاجي):

تساعد تكنيكات التدخل الطفل على تطوير ضبط مناسب لنزعاته والتعبير عن نزعاته الإيجابية ومنها:

١. الفن التعبيري Arts Expressive.

٢. العلاج باللعب، اللعب الحر Play therapy and Free play.

٣. الدمى Puppets.

٤. لعب الدور والدراما النفسية ويستخدم فيه عدة أساليب منها:

أ. الرقص.

ب. الموسيقى.

ج. الكلمة المكتوبة (كتابة المشاعر).

د. الكلمة المنطوقة (كتابة معينة).

هـ. الفن ذو البعدين (رسم الأصابع، رسومات مائية أو زيتية).

ي. الفن ذو الأبعاد الثلاثة، الجبس، الصلصال، والرمل، الخشب.

٥. المخيمات.

٦. الألعاب الرياضية (يحي، ٢٠٠٣).

المبادئ التي تقوم عليها استراتيجية ديناميات السلوك:

١. تقوم هذه الاستراتيجية على نظرية التحليل النفسي لفرويد.

٢. يحدث الاضطراب نتيجة النزعات النفسية الداخلية.

٣. يهدف العمل العلاجي إلى إزالة السبب في انحراف السلوك.

٤. تنتج المشكلات عن أحداث وقعت في مرحلة الطفولة المبكرة.

٥. أساسيات العمل العلاجي في استبصار المريض والعلاقة الإيجابية مع المعالج. (يحي، ٢٠٠٣).

تقييم النظرية التحليلية:

ساهمت نظرية فرويد رغم كل ما وجه إليها من انتقادات بقدر كبير في فهم طبيعة الشخصية الإنسانية، كما لفتت الانتباه إلى أهمية خبرات الطفولة في تطور النمو السوي والمرضى للشخصية وإبراز أثر اللاشعور على السلوك الإنساني:

- ومن الانتقادات التي وجهت لنظريته اهتمامها المبالغ فيه بدور العمليات اللاشعورية كمحددات للسلوك وتجاهله لدور العوامل البيولوجية في المرض النفسي.

- طوّر فرويد نظريته اعتماداً على الملاحظات، وعدم اعتماده على الجانب التجريبي، فقد حدث صعوبة في ترجمة العديد من العناصر الرئيسية للنظرية إلى مصطلحات

إجرائية قابلة للبحث والتجريب، وبقي الباحثون عاجزون عن إعطاء مفاهيم للتحليل النفسي الطابع العملي أو التجريبي.

- لم تقدم النظرية تصوراً عن علاقة أحداث الحياة المبكرة وأساليب رعاية الطفل بالصحة النفسية لذلك فإن النظرية السيكودينامية لا تقدم سوى القليل من الإسهام في طرق الوقاية أو طرق التدخل المبكر. (Bootzn, et, al, 1980).

ومن الانتقادات التي وجهت إليها حسب رأي (يوسف، ٢٠٠١) ما يلي:

١. الصعوبة المنهجية التي تواجه محاولات التثبت العلمي من المفاهيم التحليلية في تفسير الأحداث واعتماد التفسيرات التحليلية على الخبرات اليومية للمعالجين مع مرضاهم. بالإضافة إلى عمومية المفاهيم وعدم تعريفها بشكل واضح.

٢. لا يمكن تطبيق التحليل النفسي على عدد من الاضطرابات مثل اضطراب الكلام والمشكلات المباشرة المفاجئة واضطرابات صغار السن.

٣. إن الفروض التحليلية اختبرت على عينات غير ممثلة للمجتمع وتنطوي على شبهة التحيز.

٤. إن نظرية التحليل النفسي تحط من قيمة الإنسان وتصوره على أنه محكوم بغرائز واندفاعات.

٥. إن مفهوم الحتمية الذي تتبناه نظرية التحليل النفسي تقلل من إمكانية التغيير والتحسن بالنسبة للمريض. (يوسف، ٢٠٠١).

ومن الملفت للنظر أنه لا توجد دراسات كثيرة في السنوات العشر الأخيرة تحاول اختبار فروض التحليل النفسي وربما كان ذلك يرجع إلى أحد أمرين:

الأول: التعصب ضد هذه النظرية واعتبارها منتهية الصلاحية.

الثاني: هو التمسك التام بها باعتبارها فوق النقد وفوق محاولة الاختبار العلمي.

توظيف النظرية التحليلية في تفسير السلوك:

فسر فرويد الجريمة بأن شخصية الفرد لا تتأثر كثيراً بالوراثة أو تكوين الجسم، بل تتأثر إلى حد كبير بالعوامل النفسية التي تتكون خلال مرحلة الطفولة المبكرة نتيجة العلاقات الخاصة والتصرفات المتبادلة بين أفراد الأسرة، أو تبقى رواسب هذه الحوادث عالقة بشخصية الفرد وتصبح دافعاً لا شعورياً لسلوكه وتصرفاته، فالجريمة هي تعبير

عن طاقة غريزية أدت إلى سلوك لا يتفق والأوضاع التي يسمح بها المجتمع. (كمال، ١٩٩٤).

كما فسر أنصار التحليل النفسي أن الانتحار ما هو إلا غضب بسبب الإحباط أو خيبة الأمل في إشباع الحاجة للحب، أو غضب يتحول بسبب ميكانزمات الدفاع التي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود أي تهديد لها. والنتيجة الشعور بالكراهية ومعاقبة الذات بسبب القصور في الفرد. وقد تتطور إلى الاكتئاب الذي قد ينتهي بالإنسان إلى الانتحار. (مثال زوج يعاني مشكلة مع زوجته بسبب اختلاف الثقافة أدت إلى الطلاق. وتهدمت نظرته المثالية عن ذاته فانتحر) (Bootzin, et, al 1980).

البعض أرجع سبب الانتحار إلى ضعف الأنا حيث أن ضعف الأنا مرتبط على نحو إيجابي بخطورة الانتحار، فالأشخاص الانتحاريون يعانون من ضعف نسبي في قدرتهم على تنمية ميول تشديدية والتغلب على صعوباتهم الشخصية ويرجع ضعف الأنا إلى أحداث الحياة الجارحة مثل الخسارة والرفض والفشل. (Bootzin, et al 1980).

النظرية البيئية:

يشير البعض إلى هذه النظرية باسم النظرية الاجتماعية والنفس الاجتماعية ولكن الشائع استخدام مصطلح الأسلوب البيئي لأنه يتضمن بعض المتغيرات التي تنتمي إلى البيئة الفيزيقية إضافة إلى متغيرات البيئة الاجتماعية أو النفسية الاجتماعية، فقد شهدت الستينات والسبعينات من هذا القرن اهتماماً ملحوظاً بعلاقة الإنسان ببيئته، أو فيما يسمى حديثاً بعلم النفس البيئي. والذي اهتم بعلاقة العوامل البيئية الفيزيقية والاجتماعية بالاضطرابات الجسمية والنفسية (يوسف، ٢٠٠١).

تقوم النظرية البيئية على مبدأ أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تحدث للطفل لا تحدث من العدم أو من الطفل وحده، بل هي نتيجة التفاعل الذي يحدث بين الطفل والبيئة المحيطة به ويعتمد حدوث هذا الاضطراب على نوع البيئة التي ينمو فيها الفرد.

وتميل النظرية البيئية إلى ربط الفرد في البيئة في مفهوم واحد، فالفرد لا ينفصل عن بيئته وبالتالي فإن مشاكل الفرد تصبح شائعة لدى المجتمع ولا يتم التعامل مع المشاكل

بشكل فردي، وكنتيجة إذا كان هناك اضطراباً لدى المجتمع فإن الفرد سيتأثر بالبيئة (يحي، ٢٠٠٣).

مبادئ النظرية:

١. إن كل طفل هو جزء لا ينفصل من نظام اجتماعي صغير.

٢. الاضطراب ليس مرضاً يصاب به الطفل بل هو نتيجة لعدم التوازن بين الفرد والبيئة.

٣. الاضطراب يمكن أن يتحدد من عدم التكافؤ بين قدرات الأفراد وتوقعات البيئة ومتطلباتها (يحي، ٢٠٠٣).

أسباب الاضطرابات الانفعالية كما تراها النظرية البيئية:

أولا: أثر الأسرة والعامل الأسري:

تؤدي العوامل التالية إلى حدوث اضطرابات انفعالية لدى الطفل وهي:

١. المشاكل بين الوالدين.

٢. الحرمان.

٣. ضغوطات الأهل من أجل الحصول على سلوكات ناضجة من الطفل.

٤. تدني المستوى الثقافي للأسرة.

٥. التنقل من بيئة إلى أخرى وعدم تقبل المعايير السلوكية في البيئة الجديدة.

٦. تدني المستوى الاقتصادي والحرمان من فرص التعلم الاجتماعي.

٧. اتجاهات أصدقاء الطفل السلبية.

٨. التفاعل السلبي بين الطفل والأم.

٩. عدم الانتباه لحاجات الطفل مثل الحب والاهتمام والتعزيز واستخدام أسلوب العقاب والتهذيب المناسب. (Bootzin, et al 1980).

الزعبي (٢٠٠٢) أشار إلى العلاقة بين طبيعة التنشئة الوالدية الاجتماعية بالأمراض النفسية، فهي تلعب دوراً يتفاوت في أهميته في نشأة العصاب والذهان وتعتبر التنشئة الوالدية من أهم العوامل البيئية التي تؤثر في سلوك الإنسان وشخصيته، ومن أنماط التنشئة الوالدية، المؤدية إلى اضطراب السلوك ما يلي:

١. الاستجابة الوالدين أو الوالدة (أو كليهما) الخاطئة تجاه سلوك الطفل.

٢. عدم استخدام أساليب الثواب والعقاب الثابتة مع الطفل.

٣. عدم إتاحة فرص للطفل للمشاركة في المواقف الاجتماعية.

٤. التعارض بين أسلوب الوالدين في تربية الطفل.

٥. عدم توجيه الطفل التوجيه الصحيح فيما يتعلق بالسلوك. (الزعبي، ٢٠٠٢).

إن الأطفال الذي يعاملون بحماية زائدة معتمدة على التساهل كانوا عنيدين ومستبدين في المنزل. وتتابهم نوبات غضب من الصعب السيطرة عليها. أما الأطفال الذين عوملوا بحماية زائدة قائمة على السيطرة كانوا خاضعين في المنزل ومن الصعب عليهم تكوين الصدقات كما يميلون إلى الانسحاب. (كفاني، ١٩٨٩).

كما يمكن أن ينشأ سوء التوافق النفسي الاجتماعي عند الطفل نتيجة غيرة الطفل عند ولادة أخ صغير له بالعائلة فيعتقد أن هذا سيسلبه العطف والحنان والاهتمام من والديه وقد يسبب له قلقاً واضطراباً في النوم.

كما أن عيش الطفل مع أحد والديه نتيجة الوفاة أو الطلاق وخاصة مع زوجة الأب يشعر الطفل بالحرمان من أمه ويشعر بأنه منبوذ وبالتالي شعوره بالاكتئاب والإحباط وقد يهرب من المنزل. (الزعبي، ٢٠٠٢).

العامل المدرسي:

قد يكون الأطفال أصلاً مضطربين سلوكياً قبل مجيئهم إلى المدرسة، ويطور البعض الآخر الاضطراب السلوكي في المدرسة ومن العوامل التي تؤدي إلى اضطراب سلوكي في المحيط المدرسي ما يلي:

١. نقص المهارات الأكاديمية والاجتماعية للطفل تؤدي إلى اتجاهات سلبية من قبل زملائه والمعلمين.

٢. مكافأة البيئة المدرسية وتعزيزها للسلوك غير السوي للطفل بواسطة الانتباه الخاص، فالطفل غير المقبول من قبل رفاقه ولا يتلقى الانتباه ربما يميل إلى الشجار مع رفاقه لجلب الانتباه حتى لو كان ذلك بالطرق السلبية. (يحي، ٢٠٠٣).

تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي للطفل، وعدم قدرته على تلبية متطلبات المدرسة.

(الزعبي، ٢٠٠٢).

إن النظام المدرسي الذي يقوم على العقاب والقسوة والضرب والتوبيخ يؤدي إلى شعور الطفل بالخوف من المدرسة وفقدان الثقة بالراشدين والاكتئاب.

ومن الأسباب الأخرى المؤدية إلى اضطراب سلوكي بالمدرسة.

* صعوبة المناهج على الأطفال.
* عدم مراعاة المعلم للفروق الفردية بين الطلاب.
* عدم مراعاة ميول واهتمامات الطلاب.
* تحيز المعلم لمجموعة من الطلاب المتميزين في الصف.
* رفاق السوء بالمدرسة.

ثالثاً: المجتمع

المدرسة ضمن نظام المجتمع.

فيما يتعلق بالمقارنة بين صفوف الريف والمدينة فقد وجدت صفوف القرية أكثر تناسباً وأقل تنظيماً من صفوف المدينة كما أن العلاقات بين الأسر والمعلمين في الريف أكثر وضوحاً، بينما كان الأقران نماذج مهمة للأطفال في المدينة (يحي، ٢٠٠٣).

المفاهيم البيئية:

الوحدة الأغلب شمولاً في النظام، وهي شكل من أشكال التواجد أو عدم التواجد في وقت منظم ومكان منظم بحيث يكون بينها ترابط، وعند تمثيل المفاهيم على الصف فأنها تكون كالآتي:

- المكونات: المقاعد، الكتب، الأطفال، المعلم والمساعد، الطاولة ....الخ.
- الوقت: التاسعة والربع صباحاً، السبت، اليوم، يوم قبل الإجازة .... الخ.
- الحيز: غرفة ٦م x ٨م، جدران خضراء، إضاءة، سجادة.

توجد المدرسة ضمن حيز المجتمع لذلك فإن بعض مكونات المجتمع لها علاقة مع عناصر مكونات المدرسة، فالآباء هم جزء من المدرسة والمجتمع وكذلك العاملون ومن الممكن العمل مع هذه العلاقات المتبادلة لخدمة الطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً.

المنظور البيئي: يتشكل من قانونين هما:

١. البحث عن توازن في النظام وهو ضروري لمنع حدوث الاضطراب ويتم عن طريق "٤" أربع عمليات:

التكيف Adaptation

التمثيل Assimilation

الإخُراج (الإحالة) Sue session

التتابع Expulsion

٢. العلاقة المتبادلة بين عناصر النظام. حيث أن أي تغير يطرأ على مكون واحد يؤدي إلى تغير في المكونات الأخرى وفي النظام كله.

أما وسائل جميع المعلومات فهي الاستبانات ومقاييس الملاحظة والتسجيلات الحية.

ركز البيئيون على عدة ظواهر في الصف وفي التفاعل بين الطالب والمعلم وهناك ثلاثة عوامل ممكن أن ترتبط في الصف السلطوي.

١. التنافس.

٢. الضبط المرتفع من قبل المعلم.

٣. التأنيب القاسي.

وتسعى المحاولات الحديثة إلى الاستفادة من العلاقات التفاعلية بين الطلبة لدعم فكرة دمج الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً وتبرز أهمية هذه العلاقة بالآتي:

١. تؤثر على التحصيل والإنجاز التربوي.

٢. تساهم في تغير القيم والاتجاهات وطرق التعامل في المجتمع.

٣. مؤشر تنبؤي لمستقبل الصحة النفسية.

٤. يتم تعلم مهارات اجتماعية ضرورية من خلالها، وتقلل من العزلة الاجتماعية.

٥. تساهم في عدم وقوع مشكلات في مرحلة المراهقة.

٦. تساعد على نمو عملية التنميط الجنسي وتطوره.

٧. تؤثر على الاتجاهات نحو المدرسة. (يحي، ٢٠٠٣).

وفيما يلي سنتناول بعض جوانب البيئة لإيضاح علاقتها بالاضطرابات النفسية سواء كانت غير فيزيقية أم اجتماعية.

أ. المتغيرات الاجتماعية: Social variables

رأي (إميل دوكايم) مؤسس مدرسة الطب النفسي الاجتماعية، أن العوامل الاجتماعية أمر مهم في ترسيب الانتحار كما رأى أن الفوضى والاضطراب الاجتماعي تؤدي إلى

فوضى أو اضطراب في الشخصية، وقد اعتبر (اللامعيارية) حالة من التمزق الاجتماعي.

ويرى أنصار هذا المنحنى أن أنماط التعبير الانفعالي والتخاطب داخل الأسرة يمكن أن يكون لها واقع سلبي على التوافق وعلى اضطراب المزاج ويمكن أن تحدد "٣" خصائص متمايزة لاتساق الأسرة في تأثيرها على الفرد هي:

١. أن ارتقاء الشخصية محكوم إلى حد كبير بخصائص الأسرة وخاصة طريقة سلوك الآباء تجاه الأبناء.

٢. السلوك المهني لدى الفرد هو انعكاس للديناميات غير الصحية داخل الأسرة أو التواصل السيء بين أعضاء الأسرة.

٣. ينبغي عند تفسير سلوك المريض على الأسرة ككل وليس على الفرد فقط (يوسف، ٢٠٠١).

ب. الضغوط:

مما لاشك فيه أن الضغوط الحادة والمزمنة التي تنطوي على المخاطر من شأنها أن تعوق قدرتنا على التوافق ويترتب عليها أمراض جسمية، نفسية. ويمكن تقسيم مصادر الضغط النفسي إلى:

أ. الضغوط الفيزيقية: وتضم هذه الضغوط درجات الحرارة المتطرفة، والضوء والضوضاء والكوارث الطبيعية، وقد تبين من بعض الدراسات أن التطرف في درجات الحرارة يؤثر على الصحة وأشكال السلوك الاجتماعي مثل العدوان، كما أن الرطوبة ترتبط سلبياً مع النشاط والحالات المزاجية الايجابية، فقد أشار اندرسون أن جرائم العنف مثل القتل والاغتصاب والسطو والسرقة تتزايد مع ارتفاع درجة الحرارة. (Anderson, 1989).

كذلك أوضحت البحوث الحديثة أن ضوء الشمس بالإضافة إلى الإضاءة الصناعية الساطعة لهما آثار مضادة للاكتئاب.

كما أشارت إلى أن تلوث الهواء حتى في مستوياته المنخفضة يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على الحالات المزاجية وزمن رد الفعل والقدرة على التركيز.

– أفادت الدراسات أن الناس الذين يعيشون في مناطق جغرافية محرومة وصغيرة يعانون من البطالة والسكن غير المناسب، وليس لديهم مهارات مهنية خاصة يعانون من معدلات أعلى من المرض النفسي عن بقَية السكان.
– أن نسبة دخول المستشفيات العقلية بالمدن وصلت حداً أعلى منه في الريف، بحيث أنه كلما ازدادت كثافة السكان في المدن ارتفعت نسبة تلك المعدلات.
– في دراسة كريستان على الغزلان حيث وضعت في بيئات مزدحمة لا تتناسب مع أعدادها، أدت إلى أعراض مرضية كالجنسية والسلبية وأكل لحوم بعضها البعض.
وهذا ما أشارت إليه دراسة (سميث) أن عدداً كبيراً من الأحداث الجانحين في سجون هونولولو قد انحدروا من أحياء تتميز بازدحامها الشديد باحتواء المساكن على أسر متعددة.
وتعتبر المخاطر الطبيعية مصدراً للمشقة، لأنها شديدة وغير متوقعة وغير متكررة في حياة الفرد وتسبب القلق والخوف والانسحاب.
أشار ماك اندرو حول الآثار البيئية الفيزيقَية بأنه على الرغم من ضألة البيانات الجادة التي تدعم الافتراض المتطرف بأن للمناخ أثاراً على السلوك الإنساني إلا أن هذه الدراسات أشارت أن ساكني المناطق التي تتعرض لرياح دافئة جافة يظهرون الاكتئاب وانفلات الأعصاب والألم والتهيج ومن حوادث المرور ترجع إلى الرياح وبالمثل فإن التغيرات في الضغط الجوي أدت إلى ارتفاع معدل الانتحار واضطراب السلوك المدرسي.
أما كهرباء الغلاف الجوي فتؤثر في سلوك البشر ومشاعرهم فعدد الايونات التي توجد في الهواء تحدد كهرباء الغلاف الجوي وتثبت البيانات التاريخية أن معدلات الانتحار والحوادث والجرائم تصبح أكثر تكراراً كلما كانت الظروف الجوية أكثر تغييراً في حين أن فترة سطوع الضوء وفترة التعرض له من العوامل الأكثر أهمية فقد تبين أن زيادة فعالية الناقل العصبي (السيرتونين) واضحة في علاج ذوي الاضطراب الوجداني الموسمي.
أما فيما يتعلق بالبيئة التعليمية فإن زيادة الكثافة المكانية في فصول ما قبل المدرسة أدت إلى تناقص السلوك التعاوني وزيادة العدوان، وأن الفصول الأصغر تؤدي إلى

بيئات أفضل بكل المقاييس وتشمل اتجاهات المعلم والتلميذ والتفاعل (Andrew, 1994).

ب- الضغوط النفسية الاجتماعية

يعتبر مفهوم أحداث الحياة الضاغطة مرادفاً لمفهوم الضغوط النفسية الاجتماعية فقد أشارت دراسة (بينجتون ١٩٨٨) أن أحداث الحياة الضاغطة ترسب الاكتئاب وخاصة في غياب الدعم الاجتماعي المناسب، وتبين أن الضغوط المتعلقة بالقفز أفضل مؤشر للتنبؤ بالاكتئاب.

وقد تبين إن النساء اللاتي عولجن من الاكتئاب ثم أصبن بانتكاسة خبرن أحداثاً حياتيه غير مرغوبة (يوسف، ٢٠٠١).

كما أن كبار السن الذين يبحثون عن رعاية لإصابتهم بمرض الخوف التدريجي أصيبوا بالإضطرابات الاكتئابية من جراء الضغوط الواقعة عليهم.

- أشارت دراسة (شعبان رضوان) حول أحداث الحياة أن الأعراض الاكتئابية كمحصلة لمجموعة من المتغيرات منها أحداث الحياة المثيرة للشفقة. (الفايد، ٢٠٠١).

ويلسون (١٩٩٦) أشار إلى أن أسباب الانتحار تعود إلى مشاكل زواجية، علاقات قبل الزواج، الأطفال، مشاكل اقتصادية، مشاكل العمل، ومعظم هذه المشاكل تتواجد عند الذكور أكثر من الإناث.

كما أوضح ويلسون أن أسباب الاكتئاب تتمثل في الافتقار إلى المساندة الاجتماعية فإذا كانت اتصالات الفرد وعلاقاته محدودة بشكل واضح وتفاعلاته مع الأفراد سلبية فإن ذلك حتماً سيؤدي إلى خلل وبالتالي إلى اكتئاب الفرد، كما أشار أنه غالباً ما تحدث الخلافات الزوجية وأعراض الاكتئاب معاً، (Wilson, et al 1996).

البرامج العلاجية:

يعتبر مشروع إعادة التعليم Project of re-Education من أفضل الأمثلة على البرامج العلاجية التي تأخذ بالمنحنى البيئي، حيث ينظر فيه إلى الاضطراب السلوكي والانفعالي كمشكلة تربوية أكثر منها مرضية، ويعتمد على إعادة التعليم في محيط الطفل الاجتماعي، وبدأ عام ١٩٦٢ وضم أطفالاً أعمارهم من ٦-٢١ سنة مستوى ذكاءهم متوسط أو أعلى يعانون من مشاكل سلوكية تحول دون بقائهم في المدرسة

كما يتميز الأسلوب البيئي بأنه محاولة لدراسة السلوك الإنساني في وضعه الطبيعي بعكس العلوم الأخرى التي قامت بإجراء دراساتها في المعمل حيث يظل السلوك معرض لتأثيرات تنحو به عن السلوك الطبيعي.

أما ما يعيب الاتجاه البيئي عدم التمكن من تحديد العلاقة السببية بين البيئة والسلوك، أيهما السبب وأيهما النتيجة أم أنهما يتبادلات الأدوار بصفة دائمة (السكر، الأنصاري، ٢٠٠٤).

الاتجاه التكاملي أو التفاعلي:

رغم أن الكثير من الباحثين يصنفون أنفسهم على أنهم ينتمون إلى أحد المناحي ويتحمسون له دون غيره، فإن الكثير منهم أيضاً على استعداد للتراجع، وتبنى منحى توفيقي عندما تستدعي الظروف ذلك، وهناك من الأسباب ما يدعم هذا التراجع ويؤيد ضرورة اختيار النموذج المناسب في الوقت المناسب بما يتناسب والمرض ومنها:

١. إن الإنسان كيان بيولوجي يتعرض لتغيرات بيوكيمائية وفسيولوجية ويسبب ذلك اختلالاً في الأحوال النفسية.

٢. إن الاضطراب النفسي له مصاحبات اجتماعية وبيئية.

٣. إن البشر مخلوقات انفعالية لديهم العديد من المشاعر بعضها معرفية والبعض الآخر لا يعبر عنه، وهي تتصارع عادة لتؤدي إلى الاختلال النفسي.

٤. إن البشر لديهم أفكار مؤلمة وسلوكات غير تكيفية.

ويضيف هولمز الأسباب التالية:

١. الاضطرابات المختلفة تنشأ من أسباب مختلفة.

٢. إن الاضطراب الواحد قد ينتج عن أكثر من سبب. (الفايد، ٢٠٠١).

إن عملية التفاعل تلك مطلوبة لكننا لا نتصور أنها قابلة للتطبيق على كل الاضطرابات النفسية، فنحن نعلم أن كل منحى من المناحي السابقة ممكن أن يكون أكثر ملاءمة في مرض من الأمراض أكثر من بقية المناحي، فالنموذج البيولوجي يعمل بصورة أفضل في الذهان والفصام والهوس، بينما يبدو المنحى التحليلي مهماً في فهم جوانب السلوك السوي والأعراض التي لا تبدو مرتبطة بأسباب مباشرة في الوقت الحاضر، كما يفيد المنحى السلوكي في تفسير الاكتئاب، أما المنحى البيئي فيعتبر في

العادية، كانوا يقيمون في مدرسة لإعادة التعليم لمدة خمسة أيام بالأسبوع ويرجعون للأهل في العطلة.

ووضع هوبز Hops عام ١٩٦٦ قائمة تحتوي ١٢ مفهوماً في صميم عملية إعادة التعليم هي:

١. أهمية أن يعيش الطفل وقته.

٢. استغلال الوقت الكافي متوسط الإقامة بالمركز (٦ شهور).

٣. العمل على إعادة الثقة من خلال المسؤولين عنهم.

٤. إتقان الطفل لكفاية معينة تزيد من ثقته بنفسه.

٥. يجب السيطرة على الأعراض ومحوها.

٦. اكتساب المعرفة ممكنة عن طريقة المقابلة وتمييز العلاقات.

٧. تشجيع التعبير عن المشاعر وتدريبها.

٨. الجماعة مهمة للطفل لدعم بعضهم البعض وتشجيعهم.

٩. الطقوس كجزء من البرامج لتعليم الضبط والثقة بالنفس.

١٠. الجسم هو درع النفس الواقي.

١١. المجتمعات لها أهمية.

١٢. يجب أن يشعر الطفل بالسعادة.

تقييم النظرية البيئية:

حظيت هذه النظرية وخاصة ما يتعلق بأحداث الحياة باهتمام كبير، كما تميزت هذه النظرية بوجود علاقة مباشرة بين السبب والمرض، ويمكننا تسجيل الملاحظات التالية حول هذه النظرية.

١. إن بحوث أحداث الحياة قد ركزت في جانب منها على التقدير، وهو أمر لا يقيس بدقة وقع الأحداث العقلية وما يمكن أن تحدثه من آثار مرضية.

٢. يحظى الاكتئاب بالنصيب الأوفر في دراسات أحداث الحياة وهو ما لا يتوافر لبعض الأمراض النفسية الأخرى كالفصام والوسواس القهري. (يوسف، ٢٠٠١).

فهم اضطرابات الشخصية والإدمان والأمراض التي ترتكز على خلفية أسرية واجتماعية.

غير أن المزاوجة بين أكثر من منحى تعد هي البديل المفضل والحل الأكثر كفاءة.

ولعل من أهم المناحي التفاعلية التكاملة، المنحى الذي قدمه روزنثال ١٩٧٠ لتفسير الفصام والمعروف باسم نموذج الاستعداد – المشقة. حيث تشير الدراسات أن هناك مصادر بيئية متعددة تشارك الاستعداد الوراثي في أحداث الكثير من الأمراض النفسية ومنها أحداث الحياة والتفاعلات الأسرية والعوامل البيئية الممرضة.

أما (واين وسنجر ١٩٦٥) فرأت أن الفصام امتداد للتفاعل بين الوراثة مع اكتساب التفكير من العائلة مما يعزز الاستعداد الوراثي.

أما (جونيور) فأشار أن الخجل عامل مهيء للإصابة بأعراض الاكتئاب وخاصة في ظل وجود ضغوط بيئية مثل غياب الدعم الاجتماعي والوحدة النفسية.

ملاحظات هامة حول النظريات التي فسرت الاضطرابات الانفعالية:

قبل أن نختم حديثنا حول النظريات التي فسرت الاضطرابات الانفعالية لابد من الإشارة إلى ما يلي:

١. رغم تعدد وتنوع الدراسات المعنية بتفسير الأمراض النفسية فإن هناك حاجة ماسة إلى المزيد من هذه الدراسات والتعمق وتثبيت فهمنا للأمراض النفسية وأسباب حدوثها مما يساعد في تطوير الأساليب العلاجية المناسبة، والحاجة إلى مثل هذه الدراسات التفسيرية ترجع إلى اعتبارات هي:

أ. رغم كثرة هذه الدراسات لم تحسم بعد قضية التفسير وخاصة (السببية).

ب. إن بعض الدراسات يعاني من عيوب منهجية، ومشكلات أخلاقية وعملية.

٢. لم تبرز نظريات حديثة في السنوات الأخيرة، فقد أثبتت الدراسات أن النظريات الأساسية المستخدمة في تفسير الاضطرابات النفسية ظهرت منذ فترة طويلة فأحدثها يعود إلى الستينات وما ظهرت في السنوات الأخيرة ما هي إلا دراسات تحاول اختبار أو إعادة اختبار فروض هذه النظريات.

٣. إننا بحاجة إلى بلورة منحى تفاعلي في تفسير الأمراض النفسية يتجاوز المشكلات التي يعاني منها كل منحى من المناحي التي تم استعراضها سابقاً.

٤. تواضع الإسهامات العربية فيما يتعلق بفهم المرض النفسي وتفسيره، كما يغلب على أكثرها الطابع النظري.

٥. تعكس الدراسات العربية النزعة الفردية وغياب العمل الجماعي المشترك بعكس ما حدث في التراث الأجنبي الذي يتميز بالتعاون على مستوى علماء النفس معاً، وعلى مستوى التعاون بين ممثلي العلوم المختلفة ذات العلاقة بالأمراض النفسية.

٦. رغم أهمية الثقافة في فهم الأمراض النفسية فإن هذا المتغير لم يلق عناية خاصة بالوطن العربي المتمايز ثقافياً وحضارياً، وما كتب من الثقافة العربية والمرض النفسي ما هي إلا جهود ومراجعات نظرية. (كفاني، ١٩٩٨).

خاتمة:

بناءاً على ما سبق أن النظريات السابقة قدمت وجهات نظر متعددة، وأضافت الجديد كلما تقدمت، وتطور العلم في شتى مجالاته، كما أن هناك أحداث في الحياة البشرية وفي العالم المحيط وفي الطبيعة تلزمنا لإعادة النظر في كثير من النظريات وغيرها من القواعد والقوانين لنبقى على الثوابت لنأخذ منها، ونلغي ونصرف النظر عما يظهر عدم جدواه في وقتنا الحاضر، وهكذا يسير علم النفس والعلاج النفسي في تطور مستمر مع الاحترام والتقدير للجذور الرئيسية التي أرسى قواعدها العلماء في جميع المجالات.

وعندما نتحدث عن اختلاف وجهات النظر بالنسبة لنظريات علم النفس، فإننا لابد لنا أن نراعي ضرورة النظر إلى الإنسان باعتباره كائن حي يؤثر ويتأثر بالعوامل المحيطة به وفي مجتمعه بل في العالم من حوله. (اسماعيل، فوزي، ٢٠٠١).

الخدمات المقدمة لذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية

الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

- المقدمة:

تتعدد الخدمات التي تقدم للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بتعدد الحاجات والمشكلات التي تظهر عليهم، ومع أن ظاهرة الاهتمام بهم ظهرت حديثاً في السنوات الأخيرة إلا أن الاهتمام بهم انصب على جوانب متعددة فقد ظهر ما يطلق عليه

٤. تواضع الإسهامات العربية فيما يتعلق بفهم المرض النفسي وتفسيره، كما يغلب على أكثرها الطابع النظري.

٥. تعكس الدراسات العربية النزعة الفردية وغياب العمل الجماعي المشترك بعكس ما حدث في التراث الأجنبي الذي يتميز بالتعاون على مستوى علماء النفس معاً، وعلى مستوى التعاون بين ممثلي العلوم المختلفة ذات العلاقة بالأمراض النفسية.

٦. رغم أهمية الثقافة في فهم الأمراض النفسية فإن هذا المتغير لم يلق عناية خاصة بالوطن العربي المتمايز ثقافياً وحضارياً، وما كتب من الثقافة العربية والمرض النفسي ما هي إلا جهود ومراجعات نظرية. (كفاني، ١٩٩٨).

خاتمة:

بناءاً على ما سبق أن النظريات السابقة قدمت وجهات نظر متعددة، وأضافت الجديد كلما تقدمت، وتطور العلم في شتى مجالاته، كما أن هناك أحداث في الحياة البشرية وفي العالم المحيط وفي الطبيعة تلزمنا لإعادة النظر في كثير من النظريات وغيرها من القواعد والقوانين لنبقى على الثوابت لنأخذ منها، ونلغي ونصرف النظر عما يظهر عدم جدواه في وقتنا الحاضر، وهكذا يسير علم النفس والعلاج النفسي في تطور مستمر مع الاحترام والتقدير للجذور الرئيسية التي أرسى قواعدها العلماء في جميع المجالات.

وعندما نتحدث عن اختلاف وجهات النظر بالنسبة لنظريات علم النفس، فإننا لابد لنا أن نراعي ضرورة النظر إلى الإنسان باعتباره كائن حي يؤثر ويتأثر بالعوامل المحيطة به وفي مجتمعه بل في العالم من حوله. (اسماعيل، فوزي، ٢٠٠١).

الخدمات المقدمة لذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية

الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

- المقدمة:

تتعدد الخدمات التي تقدم للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بتعدد الحاجات والمشكلات التي تظهر عليهم، ومع أن ظاهرة الاهتمام بهم ظهرت حديثاً في السنوات الأخيرة إلا أن الاهتمام بهم انصب على جوانب متعددة فقد ظهر ما يطلق عليه

برنامج الخدمات المتكاملة التي تقدم خدمات وقائية، تدخل مبكر، والدمج، خدمات تربوية ونفسية واجتماعية وطبية.

- الخدمات الوقائية:

تعتبر معرفة أسباب المشكلات التي يتعرض لها الأطفال من الأمور الهامة في البرامج الوقائية التي تقدم لهم حيث أنها تساهم في منع حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال وهناك طريقتين نحقق من خلالهما ذلك:

١. منع حدوث الأسباب التي تؤدي إلى هذه الاضطرابات –الوقاية –.

٢. معالجة أعراض الاضطرابات.

وقد يختلف المعلم أو المعالج في الطريقة التي يستخدمها في ذلك فمنهم من يختار الاتجاه التحليلي أو الاتجاه السلوكي أو الاتجاه الطبي كما أن هناك عوامل أخرى تؤثر على المعلم في اختيار الأسلوب الوقائي المستخدم منها:

١. خبرات المعلم السابقة ٢. توصيات الأخصائيين

٣. تفضيل الطفل والعائلة ٤. طبيعة البرنامج المستخدم

ومهما اختلف أسلوب المعلم فإن هناك طرائق وقائية مستخدمة في الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

١. الطريقة السلوكية ٢. علاج الفرد والعائلة

٣. تعليم العائلة طرق جديدة في التفاعل مع الطفل ٤. التدريب الذاتي الشخصي

٥. التعليم الأخلاقي ٦. التدخل الطبي.

(يحي، ٢٠٠٣)

خدمات التدخل المبكر:

يتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم واللذين يعانون اضطراب أو تأخر نمائي أو اللذين لديهم قابلية للتأخر أو الاضطراب.

لذلك يقوم الأخصائيون بالتعامل مع المشكلة التي تعوق الطفل من تحقيق ذاته أو إمكاناته في التكيف مع نفسه أو مع الآخرين من حوله سواء كان ذلك في مجال الأسرة أو المدرسة أو في العلاقة مع الزملاء أو الكبار، بحيث يؤدي هذا التدخل في النهاية إلى اختفاء المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية في حياة الطفل الأسرية والمدرسية والتوافقية.

لقد قدمت البحوث العلمية أدلة قاطعة على أن لطبيعة الخبرات في مرحلة الطفولة المبكرة تأثيرات بالغة وطويلة المدى على تعلم الإنسان ونموه وقد تطورت برامج التدخل المبكر من حيث طبيعتها وأهدافها عبر ثلاث مراحل أساسية:

١. المرحلة الأولى: كان التدخل المبكر يركز على تزويد الأطفال بالخدمات العلاجية.

٢. المرحلة الثانية: أصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لأطفالهم.

٣. المرحلة الثالثة: أصبح الاهتمام ينصب على النظام الأسري بوصفه المحتوى الاجتماعي الأكبر أثر على نمو الطفل لذلك أصبح دعم الأسر وتدريبها أو إرشادها الهدف الأكبر.

(الخطيب، ٢٠٠٥).

وامتدت خدمات التدخل المبكر إلى خدمات الكشف المبكر والتشخيص المبكر والخدمات المساندة والإرشاد والدعم الأسري والخدمات الوقائية. وفي بداية القرن العشرين تزايد الاهتمام بالتشخيص المتخصص بالاعتماد على النظريات النفسية الديناميكية مع التأكيد على التصنيف الطبي.

خدمات الدمج:

بدأ الانتباه إلى قضية الدمج في نهاية الستينيات حيث أشار دنز لاتدمارك (١٩٦٨) إلى فوائد الدمج مقارنة مع العزل بالنسبة للأطفال المضطربين. ويعتقد البعض بأن الدمج كبرنامج تربوي يوفر الشعور بالأمن للأطفال المضطربين، ولكن هناك خوف مع عدم تكيف هؤلاء الأطفال مع الأطفال العاديين ويعود ذلك إلى أن المناهج المدرسية لم تعدل من قبل المعلمين لتناسب الأطفال المضطربين. وقد أشارت نتائج الدراسات التي أجريت للمقارنة بين الأطفال المضطربين المدموجين وغير المدموجين من حيث

التحصيل الأكاديمي والتكيف الاجتماعي وصعوبات التعلم إلى أن الأطفال المضطربين اللذين يمضون يومهم في الصف العادي أكثر تكيفاً من الأطفال في الصف الخاص (Hallahan & Kauffman).

وفي عام ١٩٧٥ أكد قانون ١٤٢/٩٤ (التعليم لجميع الأطفال المعاقين) على أن الدمج أصبح أكثر من كونه قضية بحثية، لذلك بدأ معلموا التربية الخاصة يركزون انتباههم على الاستراتيجيات المناسبة لتطبيق برامج الدمج، مما تطلب تدريب المعلمين أثناء الخدمة على كيفية التعامل مع الأطفال المضطربين وقد تم التركيز على الدور المعزز والخلاف من قبل المعلمين للتعامل مع هؤلاء الأطفال، وتتضمن الاستراتيجيات المستخدمة في التدريس تطوير نماذج جديدة للصفوف الخاصة وبرامج غرف المصادر، خدمات داعمة الصف العادي المنتظم، برامج المدرسة الخاصة وبرامج المؤسسات (Hallahan & Kauffman, 1991).

الخدمات التربوية:

تعتبر الخدمات التربوية من أهم الخدمات التي يجب تقديمها للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً وذلك للآثار التي يتركها الاضطراب على قدرات الطلبة التعليمية والتحصيلية.

وفيما يلي عرض مفصل للخدمات والبرامج التربوية:

يقصد بالبرامج التربوية للمضربين سلوكياً وانفعالياً طرائق تنظيم برامج تربية المضطربين سلوكياً وانفعالياً ويمكن أن نميز في هذا المجال أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية ومنها:

١. الرعاية التربوية في غرفة الدراسة العادية:

تعد غرفة الدراسة العادية أقل البيئات تقييداً بالنسبة لبعض الأطفال المضطربين سلوكياً حيث يمكن أن يستفيد من هذا الوضع الأطفال الذين لا تختلف سلوكياتهم بصورة ملحوظة عن سلوكيات أقرانهم العاديين أو بدرجة تعوق عمليات التعلم والنمو سواء لهم أو لأقرانهم فلكي يتعلم الطفل جيداً في غرفة الدراسة العادية لابد وأن يكون قادراً على تركيز الانتباه والاستماع لفترات زمنية متصلة وكذلك إتباع التعليمات سواء التحريرية أو الشفهية المقدمة لجميع الأطفال فضلاً عن القدرة على ضبط النفس

بصورة تمكنه من أداء الواجبات المدرسية والتفاعل والتعاون مع كل من المعلمين والزملاء بصورة فاعلة.

ولاشك في أن المعلم يمثل العامل الأساسي في مساعدة الأطفال على التعلم في إطار غرفة الدراسة العادية وذلك من خلال تهيئة عناصر البيئة التربوية بصورة مناسبة ووضع ضوابط سلوكية واضحة ومرنة ومتسقة وتتسم بالدفء والتعزيز والتشجيع.

وحيث أن القدرة على التوقع غالباً ما تساعد الطفل على ضبط النفس فإن الطفل الذي يميل إلى الإحباط يمكنه تعلم كيفية التحكم في مزاجه من خلال التحكم في الظروف البيئية ذات العلاقة وهكذا فمن خلال تنمية الشعور بالقدرة على الضبط لدى هؤلاء الأطفال يمكن مساعدتهم على التخلص من مشاعر اليأس التي تجعلنا نهملهم.

إن تنمية مهارات الأطفال المضطربين سلوكياً من تلقاء أنفسهم أمر صعب فهم يحتاجون إلى مساعدة المعلم الماهر الحساس في هذا الصدد. فضلاً عن أهمية توفير المصادر المادية والبشرية التي تساعد المعلم على مواجهة ما يقابله من مشكلات أثناء العملية التربوية في غرفة الدراسة العادية. ومن المداخل التي أثبتت فاعليته في هذا الأمر توافر المعلمين الاستشاريين أو معلمي غرفة المصادر المتخصصين في التعامل مع أنواع معينة من مشكلات الطفولة حيث يمكنهم إسداء النصح والمشورة للمعلم أثناء عمله في غرفة الدراسة أو العمل مع طفل معين أو مجموعة من الأطفال خارج غرفة الدراسة لفترة معينة خلال اليوم الدراسي (السرطاوي، كمال، ١٩٨٧).

ومن خلال ما تقدم فإن على معلم الصف العادي إتباع الطرق التالية لوضع البرنامج المناسب للمضطربين:

١. الوقاية: وذلك من خلال توفير بيئة مناسبة في الصف العادي تسوده الإنتاجية والاستجابات المناسبة، برامج تعديل السلوك تساعد الأطفال على التكيف.

٢. الإحالة: يعتبر المعلم أول من يكتشف حاجة الطفل لبرنامج التدخل المتخصصة وبسبب تواجد النماذج المختلفة من الطلبة فهو الأقدر على ملاحظة السلوكات الغير مقبولة من قبل الطفل بالإضافة إلى عملية القياس والتشخيص.

٣. الخطة التربوية الفردية: إن اختيار البيئة والبرنامج العلاجي المناسبين للطفل يؤهل المعلم لوضع الخطة التربوية المناسبة لتعليم الطفل واشتقاق الأهداف التعليمية له. كما

أن مشاركة الطالب في اختيار الأهداف التربوية التي يرغب بها تساهم في جعله عضواً فعالاً في الصف وتقلل من السلوكيات غير المرغوب فيها.

٤. التعاون والتنسيق في تقديم الخدمات: حيث يتعاون فريق من الأخصائيين في وضع الخطة التربوية بالإضافة للمعلم والأهل. يقوم المعلم بدور فعال كوسيط ومنسق بتقديم الخدمات للأطفال بين الأهل والمدرسة والمجتمع.

الوقاية من المشكلات التي تحدث في الصف العادي:

كثيرة هي المشكلات التي تحدث في الصف العادي والتي تؤدي إلى الاضطراب وهي:

- الإحباط والفشل الأكاديمي: إن وجود الطفل في النظام التربوي هو حق مشروع له، وبالتالي فإن تعرض الطلاب للنشاطات المنهجية واللامنهجية الصعبة تسبب لهم الإحباط والفشل. والطريقة الأفضل لتخفيض الفشل والإحباط لدى الطلاب هو إعطائهم مهمات ينجحون فيها.

ومن الطرق المستخدمة لتخفيض الإحباط والفشل عند الطلبة:

- أن يوضع البرنامج التربوي بحيث يتناسب قدراتهم واستعداداتهم واحتياجاتهم.
- أن يختار الطفل ما يناسبه من نشاطات تتناسب وحاجاته الأساسية ومستواه.

ومن المناسب هنا أن نشير إلى طريقة التعليم المبرمج الذي أشار إليه سكنر كأحد الأساليب المتبعة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث ينظم المنهج مراعياً مستوى الطلبة واحتياجاتهم، ويبدأ الطالب باختيار النشاط المناسب له ومن ثم يتدرج في النشاطات التالية (الوقفي، ٢٠٠٠).

- الارتباك: الأطفال الذين يكونون غير متأكدين من مدى أدائهم في الصف العادي، والذين لا يلتزمون بقواعد المثابرة والتحصيل يكونون غير واثقين من أنفسهم وسرعان ما يرتبكون. ومن الطرق المناسبة للتعامل مع هذه الحالة توفير مدى كبير من الوضوح في الأهداف والأساليب للطفل وذلك لتوفير الراحة النفسية للطلبة.
- الانسحاب: من الأسباب التي تؤدي إلى انسحاب الطالب من الموقف الصفي الانطباعات، الانفعالات السلبية مثل الخوف والغضب والفشل. وللتغلب على الانسحاب يجب توفير الفرص المناسبة للمشاركة، كذلك يجب إعطاء الوقت الكافي

للطلبة للإجابة عن الأسئلة بحرية تامة، والابتعاد عن النقد والسخرية والعقاب النفسي والجسدي (داوود، حمدي، ١٩٨٩).

- الضجر والملل: معظم الاستجابات اللاتكيفية بالنسبة للطفل تكون نتيجة الشعور بالضجر والملل، لأسباب متعددة منها: العقاب، كثرة الكلام، وعدم التواصل مع المعلم. وعلى المعلم توفير النشاطات المتنوعة والمشوقة والمرتبطة بحياة الطلبة بالإضافة إلى إضفاء جو من المرح والفكاهة عند اللزوم.

- المقامة والتمرد غير المقصود: قد يحاول بعض الطلبة التمرد ومقاومة النشاطات الصفية مما يشكل لديهم كراهية للنظام الصفي، وعلى المعلم أن يتفهم حاجات الطلبة، فمثل هذا التصرف قد يكون خارجاً عن طبيعة الطلبة.

خدمات الإحالة والتدخل:

على الأغلب تبدأ عملية الإحالة من المدرسة، وفيما يلي بعض الخطوات التي تساعد المعلم في أن يكون جزءاً من عملية الإحالة:

- التوثيق في السجلات: على المعلم أن يقوم بتسجيل الملاحظات والاهتمامات والحاجات والقدرات المتعلقة بالطفل، لأهميتها لكل من الفريق، وله نفسه.

- التعرف على عملية الإحالة: يجب أن يكون المعلم مدركاً لعملية الإحالة وإجراءاتها والتي تتضمن الكشف والتقييم واختيار البيئة المناسبة وتقييم البرنامج المقدم للطفل.

- العمل على حل المشكلات أولاً: يجب على المعلم أن يكون قادراً على حل مشكلات الطفل قبل أن يبدأ في وضع البرنامج العلاجي، وذلك عن طريق التعرف على المعلومات التفصيلية عن الطفل، ووضع برامج تعديل السلوك، وتدريب الطفل على مهارات حل المشكلة.

- المشاركة الفعالة في عملية الكشف والتقييم: وذلك عن طريق تقديم المعلومات الخاصة بالطفل، والأساليب والإجراءات التي استخدمها مع الطفل في حل مشكلاته.

- المشاركة الفعالة في كتابة الخطة التربوية: يجب أن يكون المعلم عضو في الفريق الذي يضع الخطة التربوية، لأنه يسهم في وضع الأهداف العامة والخاصة للطفل، كذلك هو مصدر المعلومات الخاصة بالطفل.

الخدمات الداعمة المتخصصة:

أحد التوجهات الهامة في مجال التربية الخاصة هو التعاون والتنسيق بين برامج التربية الخاصة وبرامج التربية العادية، وهذا الاتجاه جاء نتيجة للقانون العام ١٤٢/٩٤، الذي نادى بتوفير البيئة الأقل تقيداً بالنسبة للمعاقين، والمشابهة لبيئة الأطفال العاديين، وهذا التوجه يعني توفير خدمات داعمة في الصف العادي ولتسهيل عمل المعلم ومساعدته على التعامل بفاعلية مع المشكلات التي تواجه هؤلاء الطلبة.

الخدمات المساندة والداعمة: تتكون الخدمات المساندة مما يلي:

- خدمات التشخيص: إن تزويد المعلم ببعض المعلومات عن التشخيص يساعده في وضع البرنامج التربوي، كذلك يساعده في المشاركة بفاعلية مع الفريق المعالج. لذلك وجب على المعلم أن يجمع البيانات عن السلوك والقيام بتطبيق الطرق (الملاحظة، المقابلة، الاختبارات) التي تساعده في ذلك.
- خدمات الاستشارة الفنية: وهنا يقوم معلم التربية الخاصة الاستشاري بمساعدة المعلم في التعامل مع المشكلات التي يظهرها الطلبة، كذلك يسهم في تطوير مهارات المعلم العادي.
- تعدد طرق التدخل: لقد طور العديد من طرق التدخل لتوفير الخدمات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتتضمن هذه الطرق الإرشاد التربوي والخطط العلاجية التي صممت لبقاء الطفل في البيئة الأقل تقيداً.
- الخدمات الوسيطية: يلعب معلم التربية الخاصة دور الوسيط بين خدمات المدرسة العادية والخدمات الأخرى التي يقدمها المجتمع للأطفال، وهو بهذا الدور يقوم بتنسيق الجهود وتوجهها لخدمة الأطفال.

(يحي، ٢٠٠٣)

٢. الرعاية التربوية في فصل خاص سواء لبعض أو طول الوقت:

في بعض الأحيان قد يصعب تلبية الحاجات الخاصة للطفل في إطار غرفة الدراسة العادية رغم توافر المساعدة من قبل المعلم الاستشاري أو معلم غرفة المصادر. فقد يصعب على أحد الأطفال التحدث وسط مجموعة كبيرة من الأطفال بينما قد يصعب على طفل آخر تحمل ما تضمنه غرفة الدراسة من ضغوط وما تتطلبه من قدرة على التنافس مع الأطفال الآخرين، وقد يصعب على طفل ثالث التحكم في ميوله العدوانية

ومن ثم لا يستطيع التفاعل بأمان مع بقية الأطفال في غرفة الدراسة. وفي مثل هذه الحالات يصبح من الأفضل تعليم الطفل في بيئة أكثر دعماً له أو تتيح إمكانية استخدام التعليم الفردي معه أو أكثر تنظيماً وضبطا وقد يستطيع بعض الأطفال التعليم في غرفة الدراسة العادية لبعض الوقت من اليوم المدرسي بينما يحتاجون إلى بعض التعديلات الخاصة في بيئة التعلم لجزء من اليوم فقط في حين نجد بعض الأطفال يحتاجون إلى الالتحاق بفصل خاص طوال الوقت لعدة شهور وربما سنوات. وقد تفيد هذه الخدمات في الانتقال من العزل إلى الدمج بحيث أنها تساعد الطفل على التكيف.

٣. الرعاية التربوية في مدرسة خاصة نهارية:

تعد المدرسة الخاصة بيئة تربوية أكثر تقييداً، لأنها تنعزل تماماً عن المدارس العادية حتى من حيث المباني. وتعد مثل هذه المدارسة وضعاً تربوياً مناسباً للأطفال الذين لا يمكنهم الوصول إلى الحد الأدنى من التكييف، سواء من حيث الانتباه، أو التواصل، أو التفاعل التعاوني مع الآخرين، وغالباً ما تعد لهؤلاء الأطفال برامج تربوية أكثر تركيزاً، أو أكثر ضبطاً، مع التركيز على تنمية القدرة على ضبط النفس والمهارات الأساسية اللازمة للتفاعل والتواصل مع الآخرين.

وتعتبر مدرسة مارك توين Mark Twain بمدينة مونتجومري بولاية ميرلاند الأمريكية مثالاً لبرنامج المدرسة الخاصة النهارية. وقد تم إعداد هذه المدرسة لمواجهة الحاجات التربوية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة، وهي تقبل الطفل من المرحلة الابتدائية وحتى المرحلة الثانوية، حيث توفر لهم مجموعة متنوعة من البرامج التربوية والنفسية البديلة. ولا يقتصر عمل المعلم أو المرشد على أساليب التعليم التقليدية فحسب بل قد يقوم بعدة مهام منها وضع خطة تربوية فردية لكل طفل، تنسيق الخدمات، إرشاد الطلاب، العمل مع أولياء الأمور، مساعدة الأطفال على الانتقال إلى برامج أو أعمال أخرى حسب الحاجة، خارج غرفة الدراسة لفترة معينة خلال اليوم الدراسي، ضبط البيئة والاستمرارية في تقديم الخدمات كما أنها تفيد المعلم في فهم مشكلات الأطفال المزمنة.

٤. الرعاية التربوية في المدارس الداخلية:

تعد الدراسة الداخلية أكثر البيئات التربوية تقيداً، وهو نظام قد يحتاج إليه بعض الأطفال لمواجهة حاجاتهم الخاصة، من خلال مستويات عليا من النظام والتحكم في البيئة التربوية، وتركيز البرامج وشمولها. وغالباً يصاحب التدخل التربوية مع هؤلاء الأطفال برامج مكثفة لتعديل السلوك، والعلاج النفسي الجماعي، والعلاج الطبي. وغالباً ما تنصب الجهود التربوية على تعليم هؤلاء الأطفال المهارات اللازمة للعناية الذاتية، والتواصل، ومتطلبات الحياة اليومية. ويقيم بهذه المدارس فريق من المتخصصين على مدى ٢٤ ساعة بحيث يمكنه تقديم المساعدة للأطفال في أي وقت سواء من الليل أو النهار. وتشمل البرامج مختلف مجالات حياة الطفل. وتعتبر المدرسة الداخلية بيئة محمية بصورة كلية تم إعدادها لتعليم الطفل المهارات اللازمة لعودته إلى بيئة أقل تقيداً بأسرع ما يمكن، حيث يمكنه التعلم مع مواجهة متطلبات الحياة اليومية في نفس الوقت. وتعد مدرسة "خبرة العلاج الداخلي والاتزان التربوي" بمدينة أوجستا Augusta بولاية فيريجينيا الأمريكية مدرسة داخلية لمدة خمسة أيام للمراهقين المضطربين سلوكياً ويتم في هذا البرنامج أخذ الطالب بعيداً عن المكان التربوي الذي تعرض فيه لخبرات فشل متكررة، ثم يوضع في مكان إقامة داخلية يشبه المعسكر، وفي نفس الوقت يتم العمل مع أولياء الأمور لتدريبهم على المهارات الأبوية اللازمة للتعامل مع أطفالهم بطرق تمكنهم من العودة إلى بيئتهم التربوية السابقة بصورة أكثر فاعلية.

ويتضمن البرنامج خدمات مركزة من الإرشاد التربوي الفردي والجماعي، ومناقشات حول توضيح القيم، وقدر كبير من الخبرات، والمشاركة في المناسبات الثقافية، والخبرات المهنية، فضلاً عن الدروس التقليدية. ويستند برنامج هذه المدرسة إلى مفهوم عام مؤداه أن المشكلات لا توجد بطبيعتها داخل الطلاب وإنما تحدث نتيجة تفاعلهم مع بيئتهم. وبالتالي يحاول هذا البرنامج مواجهة المشكلات من خلال تغيير البيئة بالإضافة إلى بعض الأساليب الأخرى، كما يعمل على تغيير مختلف الظروف البيئية أو النظام البيئي الكلي الذي سوف يعود الطفل أو المراهق للتعامل معه (ريزو وزابل، ١٩٩٩).

مشاركة الأسرة في العلاج والتعليم:

لقد عرضنا فيما سبق النماذج التربوية الخاصة بالأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، ومع ذلك فقد أصبح المختصين أكثر إدراكاً للتأثير الإيجابي للوالدين على تنمية وتطوير أطفالهم، وهذا الاتجاه الأكثر إيجابية بخصوص مشاركة الأهل قد انعكس الآن في مشاركة الولدين في معالجة وتعليم أبنائهم.

فقد كان المختصون في السابق يعتبرون الوالدين مستقبلين سلبيين لنصائحهم، أما اليوم فهم يعتبرون الوالدين شركاء متساويين معهم في تطوير معالجة أطفالهم وتعليمهم، وهذا يعني أن المختصين بدءوا يدركون حقيقة أن الوالدين هم أدرى بخصائص وحاجات أطفالهم والتي يمكن أن تكون مفيدة في ابتكار برامج علاجية وتعليمية.

إن القيام ببناء شراكة بين الأهل والمختصين تتناغم مع التفكير الحديث لأصحاب نظرية تنمية الطفل والذين يؤكدون على أهمية السياق الاجتماعي الذي ينمو الطفل فيه. وقد كان (Bronfenbrenner) الأكثر تأثيراً في التأكيد على أننا لا نستطيع فهم سلوك الطفل بدون أن نفهم تأثير العائلة على سلوك الفرد، كما أننا لا نستطيع فهم سلوك العائلة بدون أن نأخذ بعين الاعتبار تأثير الأنظمة الاجتماعية الأخرى مثل الجد والجدة والأصدقاء على سلوك العائلة (Hallahan & Kauffman, 1991).

ثانياً: الخدمات النفسية وخدمات الطب النفسي:

هناك عدد من البرامج والخدمات النفسية المفيدة في إعادة تأهيل الأطفال المضطربين الذين يظهرون السلوك الفوضوي، ومن هذه الخدمات:

- المقابلات النفسية
- استخدام برامج تعديل السلوك.
- لعب الدور
- السايكودراما (الدراما النفسية).
- الموسيقى
- الكتابة الإبداعية
- الفنون
- العلاج الترويحي

ويمكن تطبيق كل واحدة من هذه الطرق والأساليب من قبل معلم التربية الخاصة المدرب.

وفيما يلي عرض لبعض هذه الطرق:

العلاج بالموسيقى (Music Therapy): للموسيقى أثرها الواضح في النفس وتهدئة الأوضاع، حيث يستمتع الأطفال بسماع نغماتها، وللموسيقى أثرها الفعال في تغيير

انفعالات الأطفال، وقد استخدمت الموسيقى مع المراهقين ضمن العلاج الجماعي وأتضح أنها تساعد على تنمية الاهتمام بالمجموعة، وتشجعهم على التعبير عن الآراء والمشاعر، كما أدت إلى مزيد من التواصل الاجتماعي بين أفراد الجماعة، وبالإضافة إلى ذلك فقد استخدمت الموسيقى كوسيط للتعبير عن النفس في المواقف التربوية كي تساعد الطلاب على الربط بين الموسيقى والمزاج والمشاعر.

العلاج بالفن (Art Therapy): إن هذا النوع يختلف عن باقي الأساليب الأخرى لأنه يتضمن تقديم إنتاج ملموس يمكن استخدامه في تقييم ما يحدث للفرد من تغير، وقد يأخذ الإنتاج شكل لوحة فنية أو مجسماً من الجبص أو الرمل أو الثلج ومن هنا قد نستطيع معرفة إدراكهم لأنفسهم ولأسرهم، وقد أشارت نتائج دراسة الحالات مثل تلك التي أوضحتها دراسة القصر الخالي لبيتلهم Bettelheims The Empty Fortress أنه يمكن استخدام الفن كوسيلة فاعلة للتعبير بعمق عن المشاعر والأفكار المكبوتة. وقد استخدم بيتلهم أيضاً الرسم كأساس لتحقق من التفسير السيكوديناميي حول التقدم العلاجي للحالات المرضية (عدس، توق، ٢٠٠٤).

العلاج الترويحي: تتضمن طريقة العلاج الترويحي المباريات وعروض السينما والحفلات والرقص والمعسكرات ....الخ. مما يجعل الطفل يشعر بالتسلية والمرح ويأخذه بعيداً عن متاعبه ويعلمه التفاعل الاجتماعي المتسم بالتقبل والقبول.

ويعتبر كثيراً من المعالجين النفسيين العلاج الترويحي شكلاً من أشكال العلاج بالعمل. ومن خلاله يتعلم الأطفال كيف يشاركون في نشاط الجماعة بطريقة مقبولة. (زهران، ١٩٧٨).

الأساليب التي يطبقها الأطباء والأخصائيون النفسيون:

العلاج النفسي:

العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج – وهو شخص مؤهل علمياً وعملياً وفنياً – بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكانياته على خير وجه

ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي، بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل (عدس، توق، ٢٠٠٤).

استخدام العلاج النفسي بشكل ناجح مع الأطفال المضطربين، وقد كان الأطفال الذين يتمتعون بقدرات عقلية أفضل ولديهم الرغبة في المشاركة في البرنامج العلاجي أكثر استجابة للعلاج. ويتحدد نوع وحدة الاتصال العلاجي وقوته بين المعالج والمريض والوالدين بعوامل كثيرة من أهمها: عمر الطفل، فالأطفال الأصغر عمراً يكونون ميالين لتقليل فترة الاتصال المباشر مع المعالج لصالح زيادة الاتصال مع الوالدين، أما الأكبر عمراً كالمراهقين فإن العكس هو الصحيح. إن معظم العلاج النفسي يتضمن الاتصال اللغوي والشفوي بين المريض والمعالج، إلا أن هناك عدداً من الأساليب الخاصة المستخدمة مع الأطفال المراهقين، وهي: العلاج باستخدام اللعب والقصص الإبداعية، والعلاج الفني الذي يشمل العلاج بالتصوير وعمل النماذج الطبية والموسيقى والرقص (يحي: ٢٠٠٣).

إن للعلاج النفسي أهداف كثيرة لكننا سنشير إلى الهدف الأسمى للعلاج وهو تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي أي مساعدة الفرد على تحقيق السعادة مع نفسه ومع الآخرين، والتوافق مع نفسه ومع بيئته واستغلال قدرته حتى يستطيع مواجهة مطالب الحياة والواقع والحياة في سلامة وسلام (زهران، ١٩٧٨).

علاج الوالدين:

يجد الطبيب نفسه أحياناً غير قادر على مساعدة الطفل المضطرب لسلبية الوالدين، وعدم مساعدتهم له، وعدم تشجيعهم له. وقد يكون ذلك ناجماً عن وجود مشكلات نفسية لدى الوالدين تمنعهم من المشاركة في البرامج العلاجية لابنهم. وفي هذه الحالة لابد من إدخال الوالدين في برنامج علاجي فردي أو جماعي لأنه من المهم جداً أن يتجاوز الوالدان مشكلاتهما الخاصة قبل التعامل مع مشكلات أبنائهم.

العلاج النفسي الجماعي:

تعريف العلاج النفسي الجماعي: يمكن تعريف العلاج النفسي الجماعي بأنه علاج عدد من المرضى الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً في جماعات

صغيرة، يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد، أي ما يقوم بين أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض وبينهم وبين المعالج (أو أكثر من معالج) يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرتهم إلى الحياة وتصحيح نظرتهم على أمراضهم (زهران، ١٩٧٨).

أساليب وطرق العلاج النفسي الجماعي:

١. الحوار والنقاش الجماعي للمشكلات الشخصية والانفعالية والسلوكية.

٢. مجموعات لعب وتبادل الأدوار.

ويعتمد نوع العلاج الجماعي على خبرة المعالج وتدريبه وحاجاته، ومميزات أعضاء المجموعة المشاركة في البرنامج وأعمارهم. ويفضل أن يكون هناك تشابه في العمر ونوع المشكلة والخلفية الثقافية والاجتماعية في المجموعة العلاجية الواحدة.

علاج الأسرة:

سبق أن ذكرنا أن العلاج النفسي الجماعي يستخدم مع آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من مشكلات متشابهة، أو في علاج الأسرة بكاملها كوحدة، عندما تتشابك مشكلات أفراد الأسرة، أو على الأقل أعضاء الأسرة الذين تتعلق بهم (مثل الأم والابن، الأخ أو الأخت). وقد يمتد العلاج إلى الجد والجدة وبعض الأقارب. ويستخدم كذلك في توجيه الآباء والأمهات الذين يتبعون وسائل التربية الخاطئة مع الأطفال. ويستخدم أيضاً في توجيه الأزواج. ويعتمد هذا الأسلوب العلاجي على أهمية الأسرة كوحدة بالنسبة لنمو الشخصية والتوافق النفسي لدى الفرد، وكذلك يقوم على أساس أن الأسرة المضطربة تعتبر تربية حقيقية لنمو الاضطرابات لدى عضو أو أكثر من أعضائها، وأن الطفل المضطرب ما هو إلا عرض من أعراض اضطراب الأسرة (زهران، ١٩٧٨).

العلاج المهني:

ويتم هذا النمط من العلاج عن طريق المشاركة الجماعية أو الفردية في النشاطات والمهمات اليدوية، أو من خلال التدريب المهني للحالة العاطفية للمريض وعمره، وحالته الجسدية، واهتماماته.

وهنا يستفيد الفرد علاجياً عن طريق القيام بالنشاط، ولكونه تلقى ردود فعل إيجابية نتيجة لمشاركته مع الآخرين.

ومن الخدمات النفسي الأخرى المستخدمة مع الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

١. الخدمات النفسية الطارئة.

٢. خدمات الصحة النفسية والعقلية في المدارس.

٣. خدمات المستشار النفسي الاجتماعي في المدارس.

(يحي، ٢٠٠٣).

ثالثاً: الخدمات الطبية: وتتضمن الخدمات الطبية:

١. العناية بالأم الحامل قبل عملية الولادة وأثناءها وبعدها.

٢. إجراء الفحوصات الجسدية والعقلية، والمتخصصة.

٣. التحليل الطبي

٤. إعطاء العلاجات المناسبة تحت الإشراف الطبي.

٥. العناية والوقاية للبصر والسمع.

رابعاً: الخدمات الاجتماعية:

يوجد عدد من الخدمات الاجتماعية التي يجب توفيرها للأطفال المضطربين وعائلاتهم، ومن هذه الخدمات تسهيلات السكن، والخدمات العائلية، والخدمات العامة، وخدمات إعادة التأهيل المهني، والخدمات المجتمعية الأخرى.

تسهيلات السكن:

وتشمل المصحات العقلية العامة والخاصة والمراكز النفسية المتخصصة، حيث تختلف من حيث حجمها فمنها صغيرة تخدم أعداداً قليلة إلى كبرى تخدم ما يزيد على ١٠٠٠ شخص، حيث يقدم بعضها خدمات بسيطة، وأخرى تقدم خدمات أوسع، وتركز المعالجة السكانية على مفهوم البيئة العلاجية، وهي كل شيء يتم عمله بواسطة الطفل في المكان الذي يجد فيه نفسه، كالمدرسة حيث يشتمل العلاج على العلاج الفردي والمدرسي ومجموعات العمل وخدمات الطعام والنوم، وتتكون هيئة التدريس من مهنيين متخصصين وأطباء نفسيين وأخصائيين نفسيين واجتماعيين ومعلمي تربية خاصة وأخصائي لغة، وقد يمتد العلاج إلى أسابيع وأشهر وأحياناً سنوات، وقد تحسنت في

السنوات القليلة الماضية مراكز السكن المجتمعية وأصبح هناك تعاون بينها وبين مراكز الصحة العقلية والخدمة الاجتماعية (يحي، ٢٠٠٣).

برنامج أو مشروع إعادة التأهيل:

يهدف هذا المشروع إلى تطوير وتقييم خدمات أداء فاعلية المراكز الداخلية التي كانت تدار من قبل معلمين مختارين بعناية والهدف من إعادة التأهيل هو مساعدة الطفل والعائلة والمجتمع على توفير الراحة والسلامة لهم وذلك من خلال توفير مصادر ووسائل لتحقيق حاجات الطفل، توفير نمو سليم للطفل زيادة ثقة الطفل بنفسه وتحديد أهدافه.

وهذا المشروع من أكثر المشاريع استخداماً مع الأطفال المضطربين انفعالياً في الولايات المتحدة الأمريكية.

ومن الخدمات الأخرى التي يجب أن توفرها أيضاً انفعالياً الخدمات القانونية التي تحمي الأطفال وتوفر حاجاتهم والخدمات التي يحتاجونها (Kirk, 2003).

نماذج للخدمات المقدمة للمضطربين سلوكياً وانفعالياً:

من نماذج الخدمات الأكثر استخداماً نظام الخدمات الشاملة والمتكاملة وذلك لأنها لا تتطلب الكثير من الوقت والجهد والمال لهذا حلت محل النماذج التقليدية السابقة.

١. نموذج (Shea) للخدمات الشاملة: ويشمل خمس مستويات:

أولاً: التقييم (Assessment): تشمل الكشف، التشخيص، التخطيط والإحالة، ونشاطات التحويل، هذه الخدمات تشرف عليها وكالات الخدمة الاجتماعية المحلية، وكافة المعلومات يتم حفظها مركزياً حسب المنطقة الجغرافية وتكون مسؤولية مشرفي التقييم تحديد الاحتياجات الفردية.

ثانياً: العلاج (Treatment): وتشمل كل ما يحتاجه الطفل من الخدمات الطبية العيادية، والزمان الاجتماعي، الوكالات المحلية هي المسؤولة عن مدى توفر هذه الخدمات، مراقبة الخدمات، ولتطوير هذه الخدمات حسب الطلب.

ثالثاً: الرعاية اليومية الكاملة (24-Hour care): تشمل التسهيلات قصيرة وطويلة المدى ضمن أماكن الاستضافة والمخيمات.

رابعاً: التربية (Education): جميع الخدمات التربوية للمعاق، الوالدين، والمهنيون الذين يقدمون الخدمات للمعاق وتشمل الخدمات التربوية: الصف العادي، التدريس من قبل الزملاء، غرفة المصادر، خدمات الأستاذ المساعد، المدارس النهارية، مدارس الإقامة الدائمة إذا لزم الأمر، نشاطات المنهاج، والتدريب المهني الخدمات التربوية للأبوين تشمل: المجموعات التربوية الآباء، والاجتماعات الفردية مع المدارس، كذلك تشمل التدريب ما قبل الخدمة، وخلال الخدمة، والبرامج الإرشادية للمهنيين.

خامساً: البحث والتقييم (Research & Evaluation): الاهتمام في هذا المستوى بالبحوث التطبيقية ونشاطات تقييم البرامج التي تهدف إلى الحد من سلبيات البرامج، والتقييم المستمر لفاعلية الخدمات المختلفة (Shea, 1978).

٢. نموذج باور (Bower, 1967):

ينظر (باور) إلى النماذج التصنيفية على أنها ليست ذات كفاية وفاعلية لحل مشكلة المضطربين انفعالياً. فحسب وجهة نظر باور فإن جميع المدارس تكون مضطرة لتزويد المضطربين انفعالياً بعناصر الخدمات الشاملة ضمن برنامجها. لذلك فباور يركز في نموذجة على عناصر الضغوط التي تحد من فاعلية الطفل الوظيفية. وتشمل عناصر الضغوط التالية:

١. الاضطرابات العضوية.

٢. نقص التنظيم العائلي، والحرمان المعرفي والعاطفي المبكر.

٣. الإعاقات الجسمية والنفسية، الحرمان البيئي، وصعوبات القراءة.

٤. الصعوبات المدرسية، ونقص الخبرات الذاتية المرتبطة بنشاط المدرسة.

وتختلف هذه الضغوط بالدرجة والشدة لدى الفرد، كذلك تختلف بين الأطفال والشباب. يقوم تصنيف باور على وضع المضطربين انفعالياً في خمس مجموعات واقتراح التدخل المدرسي لكل مجموعة، وهي كالآتي:

المجموعة الأولى: الأطفال الذين يمرون بمشاكل عادية (مشاكل الحياة اليومية). التدخل: تعديل المنهاج التربوي يقود إلى كفايات في الأداء، كالاستخدام الفعال للرموز (اللغة، الرياضيات، الموسيقى والفن ...الخ).

المجموعة الثانية: الأطفال الذين لديهم بدايات المشكلات السلوكية أو التعليمية. التدخل: مجموعات إرشاد الآباء، استخدام موظفو العمل الاجتماعي أو الممرضين بالمدرسة.

المجموعة الثالثة: الأطفال الذين لديهم مشاكل سلوكية أو تعليمية واضحة. التدخل: البرامج العلاجية المنظمة.

المجموعة الرابعة: الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية وتعليمية شديدة (قدرات وظيفية متدنية). التدخل: المدارس الخاصة النهارية، الصفوف الخاصة.

المجموعة الخامسة: الأطفال غير القادرين على الاستفادة من النظام المدرسي (مرض عقلي، أو غير اجتماعيين). التدخل: العلاج عن طريق الإقامة والتدريس في المستشفى، استخدام الأم كمدرسة.

يجب أن يحوّل الطفل للخدمات التي تناسب مستواه الوظيفي، وكنتيجة للخدمات ينتقل الطفل ضمن برامج مختلفة تناسب مستواه، حتى يعود لمستوى وظيفي عادي (وهي المجموعة الأولى).

٣. نموذج كوجن واوهرتمان (Cogen Ohrtman):

قاما بوضع نموذج خدمات للمعاقين (ما قبل الميلاد إلى الوفاة)، ويسمح هذا النموذج بتجميع المعلومات حول الشخص المعاق، بحيث تشمل المحاولات المبكرة لمنع الإعاقة إلى مراحل التشخيص، العناية، التدريب، التربية، الإعداد الوظيفي، والتدريب ما أمكن.

يشمل هذا النموذج عشرة مستويات:

- المستويات الثلاث الأولى: الإرشاد الجيني، العناية قبل الولادة، والتعرف المبكر: هذه المستويات وضعت أساساً للتعرف إلى الأفراد ذوي الخطورة العالية (High Risk Persons) والذين قد يكونوا بحاجة لخدمات مباشرة في المستقبل. المعلومات من هذه المستويات الثلاث تبرمج لتسهيل متابعة الأشخاص ذوي الخطورة العالية.

- المستوى الرابع: التشخيص (Diagnosis): تشمل التقييم الطبي، الاجتماعي والتقييم النفسي التربوي، وتطوير البرامج. وكذلك إعادة التقييم.

- المستوى الخامس: العناية والحضانة (Care Custody): هذه البرامج تشمل الخدمات والنشاطات التي تزود في المستشفيات، العيادات، مراكز العناية النهارية، وتسهيلات الإقامة الخاصة والعامة. كذلك تشمل المراكز التي تقدم التدريب والإرشاد لآباء المعاقين.

- المستوى السادس: ما قبل المدرسة (Preschool): تشمل الخدمات المقدمة من قبل المدارس الخاصة والعامة، وهي نفسية واجتماعية.

- المستوى السابع والثامن ويشمل الأساسي والمتوسط (Primary Intermediate): تشمل الخدمات الأساسية المقدمة من قبل المدارس الخاصة والعامة. ويمثل هذا المستوى الكامل لخدمات التربية الخاصة.

- المستوى التاسع الثانوي (Secondary): تشمل الخدمات والنشاطات الأكاديمية، المهنية، وخبرة العمل، وكذلك تشمل الخدمات الإحالة للتدريب والعمل مثل: الخدمات المتوفرة في المدارس المهنية، المدارس التقنية، المؤسسات الصناعية والتجارية، المشاغل المحمية، والمعاهد.

- المستوى العاشر: المجتمع (community): حيث يدخل المعاق من خلال هذا المستوى إلى المجتمع، وتتم عمليات تقييم للمعاق في المجتمع. إن عملية جمع المعلومات في كل مستوى تستخدم لتقييم الفرد، وكذلك تستخدم لتقييم الخدمات والتخطيط لخدمات جديدة وتنظيم الحاجات المستقبلية.

.(Shea, 1978)

٥. نموذج برونينكس وريندر (Bruiniks Rynders 1971): نموذجاً للخدمات الخاصة بالإعاقة العقلية القابلين للتعلم. يبدو هذا النموذج مناسباً لكافة فئات الإعاقة ويتكون هذا النموذج من ١١ مستوى، تتدرج من الأقل تقيداً إلى الأكثر تقيداً.

وتشمل هذه المستويات:

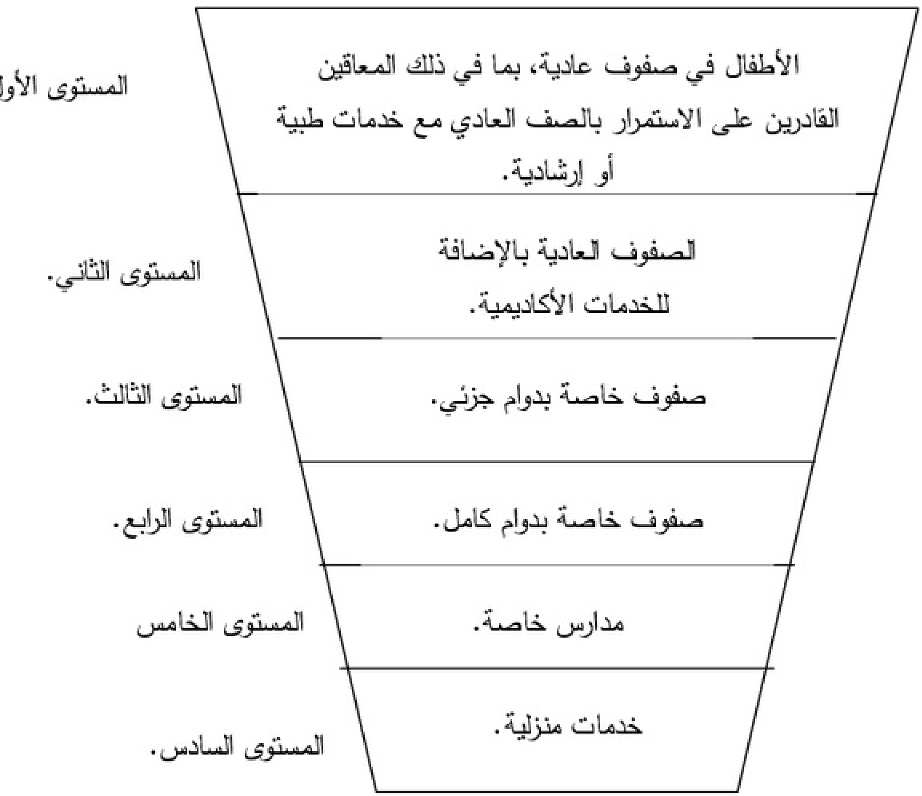
١. Nongraded غيرالمعطين درجات، التنظيمات المدرسية المفتوحة، التعلم الموجه ذاتياً، التعلم الفردي المكتسب وفق القانون.

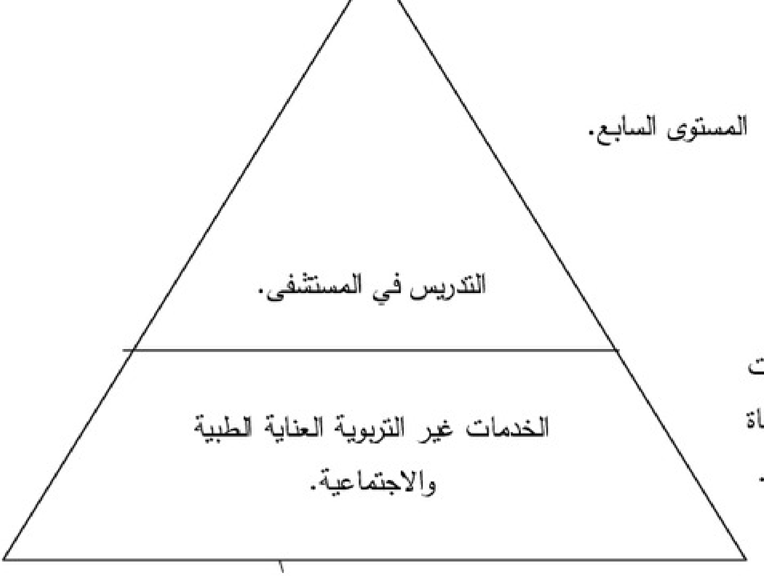
٢. الصف العادي – قيام معلم التربية الخاصة بمساعدة معلم الصف العادي، أو مساعدة قصيرة المدى للطفل كالتدريس من قبل الزملاء.

٣. الصف العادي – قيام معلم التربية الخاصة بالتدريس بالصف العادي.
٤. الصف العادي –التربية الخاصة المكثفة لمساعدة الطفل والمعلم.
٥. الصف الخاص – بعض التدريس الأكاديمي وغير الأكاديمي في الصف العادي.
٦. الصف الخاص – فقط الاتصال غير الأكاديمي يتم في الصف العادي.
٧. الصف الخاص – اتصال بسيط مع الأطفال في الصف العادي.
٨. المدارس الخاصة النهارية – يوجد اتصال ملموس مع أطفال الصف العادي.
٩. التعليم في إطار البيت – التعليم الفردي الذي لا يستطيعون الدوام في المدرسة.
١٠. مدارس الإقامة – الاتصال مع الأطفال في البرامج القريبة من برنامجهم.
١١. مدارس الإقامة – لا يوجد اتصال ملموس مع برنامج المجتمع.
.(Hewed, Orlansty, 2004)

٤. نموذج دينو (Deno, 1970): الهرم التربوي:

وهذا النموذج هو الأكثر انتشاراً بين البرامج المستخدمة. ويتكون هذا الهرم من سبعة مستويات تتدرج من البيئة الأكثر تقييداً إلى البيئة الأقل تقيداً هذا النظام يقدم الحاجات الفردية للطفل أكثر من عملية وضع الخدمات ضمن معيار الجماعة. ويتصف هذا النموذج بالمرونة ومناسبته لعملية الإحالة. وهو قابل للتطبيق ويناسب أي فئة من فئات الإعاقة كالتالي:


المستوى الأول
الأطفال في صفوف عادية، بما في ذلك المعاقين القادرين على الاستمرار بالصف العادي مع خدمات طبية أو إرشادية.
المستوى الثاني.
الصفوف العادية بالإضافة للخدمات الأكاديمية.
المستوى الثالث.
صفوف خاصة بدوام جزئي.
المستوى الرابع.
صفوف خاصة بدوام كامل.
المستوى الخامس
مدارس خاصة.
المستوى السادس.
خدمات منزلية.


المستوى السابع.
التدريس في المستشفى.
الخدمات غير التربوية العناية الطبية
والاجتماعية.

(Shea, 1978)

المراجع

المراجع العربية:

- يحي، خولة (٢٠٠٣) الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
- الوقفي، راضي (٢٠٠٠) أساسيات التربية الخاصة، منشورات كلية الأميرة ثروت.
- ريزو، جوزيف وزابل، روبرت (١٩٩٩) تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً، ترجمة زيدان السرطاوي، عبد العزيز، ج١، ج٢.
- زهران، حامد (١٩٧٨)، الصحة النفسية والعلاج النفسي.
- السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال (١٩٨٧) المعوقون أكاديمياً وسلوكياً خصائصهم وأساليب تربيتهم، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع الرياض، السعودية.
- عدس، عبد الرحمن، توق، محي الدين (٢٠٠٤) مدخل إلى علم النفس، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
- داوود، نسيمة، حمدي، نتريه (١٩٨٩) مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها (مترجم) الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- الخطيب، جمال، (٢٠٠٥) التدخل المبكر، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
- كوافحة، تيسير، عبد العزيز، عمر (٢٠٠٣) مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

المراجع الأجنبية:

1. Hallahan, D & Kauffman, J. (1991) Exception al children Introduction to special education (sthed) prentice – Hau, Inc, Engle wood cliffs, New Jersey.
2. Hewed, William L. Orlansty, Michael D. (2004) Exceptional Children. McMillan international, New York.
3. Kirks Samuel, A, Gallagher, James, Anastasia (2003) Education Exceptional Children, Houghton Mifflin Company. 10th edition, Boston.
4. Shea, Thomas M. (1978) teaching children and youth with Behavior disorders, the c.v thos by company U.S.A.

الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا

المقدمة:

بدأت الخدمات المقدمة للمضطربين سلوكياً وانفعالياً بشكل عام تظهر وتنمو عندما ازدادت حاجة المجتمعات على ترسيخ مبدأ المساواة وتكافؤ الفرص، إذ تم الاهتمام بالمضطربين سلوكياً وانفعالياً في السنوات الأخيرة، من خلال إعداد البرامج والخدمات الشاملة والمتكاملة التي قدمت لهم.

المبادئ الواجب مراعاتها في الخدمات التي تقدم للمضطربين:

المبدأ الأول: الحقوق والواجبات

١. إن هذه الخدمات هي حقوق أصيلة ومستمرة لذوي الاحتياجات الخاصة، إذ أن رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة حق أصيل مستمر كفلته الشرائع السماوية، ومبادئ حقوق الإنسان في المساواة وتكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع، تمكينا لهم من تنمية ما لديهم من استعدادات بما يجعلهم قادرين على حماية وإعالة أنفسهم، وعلى المشاركة الفاعلة في الحياة الاجتماعية وتطور مجتمعاتهم، فالطفل الذي لديه إعاقة له حقوق الرعاية الصحية والتعليمية والاجتماعية والتأهيلية في جميع مراحل النمو، وله حق العمل والتوظيف، وله حق تكوين أسرة بالزواج ما لم يكن هناك حائلا يمنع ذلك، وله الحق في التمتع بكافة الحقوق المادية والاجتماعية والإدارية، كما أن عليه واجبات المواطنة بقدر الاستطاعة وتحمل المسؤولية. (صادق، ١٩٩٣).

٢. الخدمات المقدمة تعتبر خدمات متكاملة وشاملة:

تمثل الخدمات الخاصة مجموعة من الخدمات المتواصلة المتكاملة والشاملة التي تستهدف مختلف جوانب شخصية ذوي الاحتياجات الخاصة الجسمية، والعقلية المعرفية، والانفعالية والاجتماعية، وذلك أن الآثار المترتبة على الإعاقة غالباً ما تكون متعددة وفي نواحي مختلفة، مما يستلزم ذلك خطة متكاملة من الخدمات المتنوعة لتجنب هذه الآثار، أو الحد من مضاعفاتها، كما تقدم هذه الخدمات أيضا في جميع مراحل العمر بدءا من مرحلة الاكتشاف المبكر، والتدخل والرعاية المبكرة، ومرورا بالمراحل التعليمية، وعمليات التدريب والتأهيل والدمج الاجتماعي، وعليهم ما عليهم من واجبات في حدود ما تسمح به استعداداتهم.

(القريطي، ٢٠٠١).

٣. الدعم الأسري والمشاركة الوالدية:

كما أن الإعاقة تؤثر في الطفل المعاق فإنها أيضا تؤثر في حياة أسرته، وتؤدي إلى شعور الوالدين بالصدمة وبخيبة الأمل والإحباط، والإحساس بالذنب والقلق وعدم السيطرة، كما وتلقى بظلالها على الجو والمناخ الأسري فتؤثر سلباً في بناء العلاقات والتفاعلات بين الطفل وأفراد أسرته، نظراً لمحدودية مقدرته على النمو والتطبيع الاجتماعي من جانب، ولصعوبة التفرغ الكامل من قبل الوالدين أو أحدهما لرعايته من الجانب الآخر. وغالباً ما يعجز الوالدان عن مواجهة مشكلات طفلهما المعاق بطريقة واقعية وموضوعية لعدم معرفتهما الكافية ووعيهما بحالته وباحتياجاته، وفقدانهما الكفاءات والمهارات اللازمة للتعامل معه (صادق، ١٩٩٣).

٤. الخدمات الخاصة عمل فريق "Team Work" متعدد التخصصات.

تحتاج الفئات الخاصة إلى مجموعة من الخدمات التخصصية الشاملة في النواحي الصحية والتربوية التعليمية، والنفسية والاجتماعية، والتأهيلية والمهنية، التي تضمن لأفراد هذه الفئات فرص النمو المتكامل المتوازن، والاندماج في المجتمع. لذا فهي مسئولية فريق متكامل من الأطباء والممرضين والفنيين المعلمين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، والوالدين وغيرهم من أفراد المجتمع.

(الخطيب والحديدي، ١٩٩٧).

ومن أهم الخدمات التروية والنفسية والاجتماعية والطبية التي تقدم للمضطربين سلوكياً وانفعالياً هي:

الخدمات التربوية: وهي البرامج المقدمة من معلم الصف العادي، وخدمات الإحالة والتدخل، والخدمات الداعمة المتخصصة، والصف الخاص، والمدرسة الخاصة.

الخدمات النفسية: وتكونت من العلاج النفسي، والعلاج النفسي الجماعي، وعلاج الوالدين، والعلاج المهني.

الخدمات الاجتماعية: وقد اشتملت على الإيواء، وإعادة التأهيل.

الخدمات الطبية: واشتملت على العناية بالأم الحامل قبل عملية الولادة وأثنائها وبعدها (يحي، ٢٠٠٣).

أنواع الخدمات التربوية المقدمة للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

إن خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة ونظم رعايتهم ومن بينهم الخدمات التربوية تقوم على برامج تكاملية شاملة ومتواصلة، وأنها عمل فريق متعدد التخصصات يعتمد على أدائه على روح الجماعية والتعاونية، والتنسيق وتبادل المعلومات والخبرات، وأن هذه البرامج تعد استثمارا وترجمة لما تسفر عنه عمليات القياس والتقييم الشامل التي يقوم بها أعضاء هذا الفريق – كل حسب تخصصه – لحالة الطفل وأبعاد نموه المختلفة والتي تحدد احتياجاته (القريطي، ٢٠٠١).

وتعتبر الخدمات التربوية من أهم الخدمات التي يجب أن تقدم للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً نتيجة للآثار التي تخلفها الاضطرابات السلوكية والانفعالية على قدرات الطالب التعليمية والتحصيلية (يحي، ٢٠٠٣).

وفيما يلي عرض لأهم الخدمات والبرامج التربوية التي يقدمها معلم الصف العادي للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً حيث يستطيع معلم الصف العادي أن يقدم خدمات تساعد في تسهيل التكيف الاجتماعي للطفل المضطرب وفي تحسين المستوى التحصيلي والأكاديمي:

١. الوقاية:

قد تكون من أكثر الوظائف الهامة التي يستطيع توفيرها للمعلم، بحيث يستطيع توفير الأجواء الصحية والنفسية المناسبة، والتي تساعد الأطفال على التعامل مع القلق والإحباط والسلوك اللاتكيفي والعدوان.

٢. الإحالة:

المعلم هو أول من يكتشف حاجة الطفل لبرامج التدخل المتخصصة، ومع الخبرة فتصبح لدى المعلم القدرة الكافية للتعرف على مشاعر الطلبة وانفعالاتهم، ويعتبر هذا مهم جدا في التعرف على الإجراءات المناسبة للقيام بعملية الإحالة.

٣. الخطة التربوية الفردية:

لوضع الخطة التربوية الناجحة لتعليم الطفل يتطلب من المعلم أن يكون قادراً على اتخاذ القرارات المناسبة لتعليم الطفل، سواء اختيار البيئة المناسبة، أو البرنامج العلاجي المناسب.

٤. التعاون والتنسيق في تقديم الخدمات:

يتعاون فريق من الأخصائيين في وضع الخطة التربوية مع المعلم والأهل (يحي، ٢٠٠٣).

الوقاية من المشكلات التي تحدث في الصف العادي:

يعتبر الإحباط، والفشل الأكاديمي، والارتباك، والانسحاب، وعدم الاتزان الانفعالي الداخلي من الأسباب الأكثر شيوعاً التي تؤدي للاضطرابات داخل الصف. وفيما يلي لبعض الاستراتيجيات المستخدمة لهذه الأسباب والتي يمكن أن توفر الوقاية المناسبة لهذه الاضطرابات داخل الصف:

أ. الإحباط والفشل الأكاديمي:

أن تعرض بعض الطلبة للمهمات الأكاديمية الصعبة يكون يقودهم إلى الفشل الإحباط. والطريقة المثلى لتخفيف الفشل والإحباط هي إعطاؤهم مهمات تربوية تتناسب مع قدراتهم تمكنهم من النجاح.

ب. الارتباك:

إن الأطفال الذين تنقصهم المثابرة ويكون تحصيلهم الأكاديمي متدن يكونون غير واثقين من أنفسهم، لذلك يرتبكون، ومن أهم الطرق للتخلص من الارتباك هي توضيح الأهداف والأساليب لهم.

ج. الانسحاب:

إن انسحاب بعض الطلبة من المواقف الصفية يخلف المشاعر السلبية لهم، مما يؤثر ذلك على قدرتهم وقابليتهم للتعلم، ومن أهم الأسباب التي تساعد الطلبة على الانسحاب من المواقف الصفية هي: الانطباعات، والانفعالات السلبية مثل الخوف والغضب والفشل.

وللتغلب على هذه الظواهر يجب توفير الفرص المناسبة لهم للمشاركة، كذلك يجب إعطاء الطالب الفرصة للإجابة والسؤال بحرية تامة بعيداً عن النقد والعقاب النفسي والجسدي، وتشجيعه المستمر على المشاركة والتفاعل في النشاطات الصفية.

د. الضجر:

إن معظم الاستجابات والسلوكيات اللاتكيفية للطلبة، تكون نتيجة شعورهم بالضجر والملل، لعدة أسباب أهمها: كثرة الكلام، والعقاب، وعدم التواصل مع المعلم، مما يجعل بيئة الصف غير ملائمة للطفل، فلابد من خلق جو من الإثارة والتشويق للبيئة الصفية. (يحي، ٢٠٠٣).

أولاً – مفهوم الدمج:

مفهوم الدمج (Main Streaming) يعني تعلم المضطربين في المدارس العادية من أقرانهم العاديين وإعدادهم للعمل في المجتمع مع العاديين، وهناك جماعة من المختصين اختاروا مصطلح التكامل Integration للتعبير عن عملية تعليم المعوقين وتدريبهم ورعايتهم مع أقرانهم العاديين ويميز أصحاب هذا الرأي بين أربعة أنواع من التكامل.

(زهران، ١٩٩٢).

١. التكامل المكاني والذي يشير إلى وضع المعوقين في فصول خاصة ملحقة بالمدرسة.

٢. التكامل الوظيفي ويعني اشتراك المعوقين مع العاديين في استخدام المواد المتاحة.

٣. التكامل الاجتماعي ويشير إلى اشتراك المعوقين مع العاديين في الأنشطة غير الأكاديمية مثل اللعب والرحلات والتربية الفنية.

٤. التكامل المجتمعي ويعني إتاحة الفرصة للمعوقين للحياة في المجتمع بعد تخرجهم من المدارس.

ثانياً: أنماط الدمج:

تختلف أساليب دمج المعوقين من بلد إلى آخر حسب امكانات كل منها وحسب نوع ودرجة بحيث يمتد من مجرد وضع الطفل المعاق في فصل خاص ملحق بالمدرسة العادية إلى إدماجهم كاملاً في الفصل العادي مع أقرانهم بما يلزمهم من خدمات خاصة.

١. الفصول الخاصة:

حيث يلحق الطفل بفصل خاص لذوي الاحتياجات الخاصة – ملحق بالمدرسة العادية في بادئ الأمر مع إتاحة الفرصة أمامه للتعامل مع أقرانه العاديين بالمدرسة أطول

فترة ممكنة من اليوم، حيث يتلقى الطفل بصورة يومية جزءا من تعليمه مع الأطفال العاديين في مواد دراسية وأنشطة معينة، وينتقل في الجزء الآخر من اليوم إلى فصل خاص بالمدرسة ذاتها لدراسة بعض الموضوعات أو المواد الدراسية التي يصعب عليه دراستها مع الأطفال العاديين لعدم استطاعته مسايرتهم في ذلك. (القريطي، ٢٠٠١).

٢. حجرة المصادر:

حيث يوضع الطفل في الفصل الدراسي العادي بحيث يتلقى مادة خاصة بصورة فردية في حجرة خاصة ملحقة بالمدرسة – حسب جدول يومي ثابت.

٣. الخدمات الخاصة:

حيث يلحق الطفل بالفصل العادي مع تلقيه مساعدة خاصة من وقت لآخر بصورة غير منتظمة – في مجالات معينة، وغالباً يقدم هذا المساق للطفل معلم تربية خاصة متنقل يزور المدرسة مرتين أو ثلاث مرات أسبوعيا.

٤. الخدمات المساعدة داخل الصف:

حيث يلحق الطفل بالفصل الدراسي العادي، مع تقديم الخدمات اللازمة له داخل الفصل.

(عبد الله ، ٢٠٠٠)

ثالثاً: متطلبات الدمج:

أن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين بحاجة إلى متطلبات لابد من مواجهتها هي:

١. التعرف على الاحتياجات التعليمية:

فأول متطلبات الدمج التعرف على الحاجات التعليمية الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة لكي يتم إعداد البرامج التربوية المناسبة لمواجهتها من الناحية الأكاديمية والاجتماعية والنفسية في الفصول العامة فلكل طفل قدراته العقلية وامكاناته الجسمية وحاجاته النفسية والاجتماعية الفردية التي قد تختلف عن العاديين. (القريطي، ٢٠٠١).

٢. إعداد القائمين على التربية:

فيجب تغيير اتجاهات كل من له صلة بالعملية التربوية، من مدراء أو مدرسين، أو موجهين وتهيئتهم لفهم الغرض من هذه البرامج، وكيف تحقق المدرسة أهدافها في تربية ذوي الاحتياجات الخاصة. (الشخص، ١٩٨٧).

٣. إعداد المعلمين:

فقبل تنفيذ أي برنامج للدمج يحب توفير مجموعة من المعلمين من ذوي الخبرة في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، وأعدادهم أعداداً مناسباً للتعامل مع العاديين ومع ذوي الاحتياجات الخاصة ومعرفة كيفية إجراء ما يلزم من تعديلات في طرق التدريس لمواجهة الحاجة المناسبة لذوي الاحتياجات الخاصة في الفصل العادي. إلى جانب معرفة أساليب توجيه وإرشاد التلاميذ العاديين بما يساعدهم تقبل أقرانهم المعاقين.

(عبد الله، ٢٠٠٠).

٤. أعداد المناهج والبرامج التربوية:

من متطلبات الدمج ضرورة إعداد المناهج الدراسية والبرامج التربوية المناسبة والمهارات الشخصية لتتيح لذوي الاحتياجات الخاصة فرص التعلم والتنمية الاجتماعية والتربوية، ومهارات الحياة اليومية إلى أقصى قدر تؤهلهم له امكاناتهم وقدراتهم وبما يساعدهم على التعليم المتوافق الاجتماعي داخل المدرسة وخارجها. كما يجب أن تتيح هذه البرامج التربوية والأنشطة الفرص المناسبة لتفاعل التلاميذ المعاقين مع أقرانهم العاديين بصورة تؤدي إلى تقبلهم لبعضهم البعض.

.(Clarizio, 1993)

رابعاً: فوائد الدمج:

الدمج له فوائد ومزايا متعددة منها ماله تأثيرا على الطفل المعاق، ومنها له تأثيرا على الآباء، ومنها ماله تأثيراً على الأطفال العاديين، ومنها ما له تأثيرا على النواحي الأكاديمية.

١. فوائد الدمج بالنسبة للطفل المعاق:

أن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع العاديين سوف يكون له آثاراً إيجابية.

إن الطفل المعاق عندما يشترك في فصول الدمج ويلاقي الترحيب والتقبل من الآخرين فإن ذلك يعطيه الشعور بالثقة بالنفس ويشعره بقيمة الحياة ويتقبل إعاقته، ويدرك قدراته

وامكاناته في وقت مبكر، ويشعر بانتمائه إلى أفراد المجتمع الذي يعيش فيه. (Allen, 1990).

كما أن الطفل المعاق في فصول الدمج يكتسب مهارات جديدة مما يجعله يتعلم مواجهة صعوبات الحياة ويكتسب عدداً من الفرص التعليمية والنماذج الاجتماعية مما يساعده على حدوث نمو اجتماعي أكثر ملاءمة (القريطي، ٢٠٠١).

٢. فوائد الدمج بالنسبة للأطفال العاديين:

أن الدمج يؤدي إلى تغيير اتجاهات الطفل العادي نحو الطفل المعاق أضف إلى ذلك أن الدمج يساعد الطفل العادي على أن يتعود على تقبل الطفل المعاق ويشعر بالارتياح معهم.

٣. فوائد الدمج بالنسبة للآباء:

يشعر الآباء من خلال دمج طفلهم مع العاديين بعدم عزل الطفل عن المجتمع، ومن خلال تعلم الطفل لطرق جديدة في التعلم يلاحظ الوالدين تقدم طفلهم تقدماً ملحوظاً، وخاصة تفاعله الإيجابي مع الآخرين. فان ذلك ينعكس على تفكير الوالدين نحو طفلهما بطريقة واقعية، كما يريان أن كثيراً من تصرفاته مثل جميع الأطفال الذين هم في سنه، وبهذه الطريقة تتحسن مشاعر الوالدين تجاه طفلهما، وكذلك اتجاه أنفسهما.

٤. فوائد الدمج الأكاديمي:

للدمج فوائد تربوية أكاديمية لكل من الطالب والمعلم على النحو الآتي:

فالأطفال المعوقين في مواقف الدمج الشامل يحققون إنجازا أكاديميا مقبولاً بدرجة كبيرة في الكتابة، وفي فهم اللغة، واللغة الاستقبالية أكثر مما يحققونه في مدارس التربية الخاصة في نظام العزل. أضف إلى ذلك أن العمل مع الطفل المعاق وفق نظام الدمج يعطي فرصة للمعلم لزيادة الخبرات التعليمية والشخصية، فالدمج يتيح الفرصة الكاملة للمعلم للاحتكاك بالطفل المعاق – كما أن الطريقة التي تستخدم للعمل مع الطفل لمعاق مفيدة أيضاً مع الطفل العادي الذي يعاني من بعض نقاط الضعف (السرطاوي، ١٩٨٧).

٥. فوائد الدمج الاجتماعية:

أن ينبه كل أفراد المجتمع إلى حق المعوق أشعاره بأنه إنسان وعلى المجتمع أن ينظر له على أنه فرد من أفراده وأن الإعاقة ليست مبررا لعزل الطفل عن العاديين وكأنه غريب غير مرغوب فيه (Paul, 1992).

التّوحد
ATUISM

المقدمة

اوتيزم Atuism

يعتبر التوحد أحد الإعاقات النمائية المتداخلة والمعقدة التي تظهر عادة خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر في عمل الدماغ.

وغالبا ما يعرف التوحد على أنه اضطراب متشعب يحدث ضمن نطاق (Spectrums) بمعنى أن أعراضه وصفاته تظهر على شكل أنماط كثيرة متداخلة تتفاوت بين الخفيف والحاد.

يعتبر الدكتور ليو كانر (Leo Kanner) أخصائي الطب النفسي من أوائل المستخدمين لهذا المصطلح مفرقا بينه وبين الفصام.

ولعل أول كتاب علمي حول اضطراب التوحد هو كتاب بيرناند ريملاند (Barnared Rimland) بعنوان التوحد الطفولي: الاضطراب ومضامينه كنظرية عصبية في السلوك وقد نشر هذا الكتاب عام ١٩٦٤م، حيث دحض فيه الفكرة القائلة بأن التوحد ينتج عن أنماط سيئة من الأبوة والأمومة، وشجع العاملين على التعامل معه بوصفه اضطرابا عصبيا بيولجيا (الخطيب،١٩٩٧).

وحالات التوحد من الاضطرابات حديثة الاكتشاف نسبيا مقارنة بالإعاقات العقلية والسمعية والبصرية وغيرها. ومازال التشخيص في مجال التوحد صعبا، وذلك بسبب تشابه خصائص وصفات التوحد وخصائص إعاقات أخرى. لذلك كان لزاما الحصول على معلومات دقيقة لكي يتم تشخيص الأفراد التوحديين وتصنيفهم.

أن كثيرا من الباحثين والمهتمين بتشخيص التوحد يشيرون إلى قضيةتشابه السلوك المرتبط بالتوحد بإضطرابات أخرى، مثل الإعاقة العقلية أو فصام الطفولة والإعاقة السمعية واضطرابات التواصل واضطرابات أخرى. والتشخيص في حالة التوحد يعني إيجاد أو وضع مجموعة من الصفات المشتركة تحت تسمية واحدة في حين أن القياس نستخدمه لتقويم الخصائص المميزة لكل حالة على حدة، وفي ضوء ذلك يتم التشخيص ضمن فريق عمل متعدد الاختصاصات وعليه يتم إعداد خطة فردية تتناول استراتيجيات العلاج وتحديد أدوار المشاركين فيها.

نبذة تاريخية مختصرة:

١٨٦٧م

كان العالم هنري مادسيلي أول طبيب نفسي أعار هذا الاضطراب اهتماماً واضحاً معتبراً إن التأخر والانحدار في التطور عند الأطفال مرض نفسي Psychoses.

١٩٤٣م

ليوكانز أول من عرف التوحد كمتلازمة أمراض سلوكية وهو طبيب أطفال نفسي أمريكي الجنسية، في عام ١٩٤٣م نشر دراسة وصف فيها ١١ طفلا اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أي اضطراب عرف آنذاك، لذا اقترح أن يطلق عليها اسم توحد طفولي.

الملامح الرئيسية:

- غرابة واضحة مقارنة مع العلاقات الإنسانية.
- فشل في استخدام اللغة بهدف التواصل
- تكرار الكلام (فوري أو متأخر)
- تكرار سلوكات معينة
- رغبة ملحة في التماثل وإعادة نفس الحركات
- مظهر جسدي طبيعي
- إمكانات عقلية جيدة
- يمكن الإطلاع على دراسة كانر بزيارة الموقع http://www.ama.crg.br/kannereng-complete.txt.

١٩٩٤م

نشر هانز اسبرجر دراسة على ٤ أطفال وصفوا بما يلي:

- اختلالات نوعية في التفاعل المتبادل.
- تواصل بصري غير طبيعي.
- شذوذ سلوكي
- لا تأخر في التطور اللغوي
- مهارات ادراكية عالية
- تمسك استبدادي بالأشياء أو الأعمال.

١٩٨١م

لورا وينغ – اضطراب ثلاثي الأبعاد للتفاعل الاجتماعي:

- خلل في العلاقات الاجتماعية
- خلل في التواصل الاجتماعي
- خلل في الفهم الاجتماعي والتخيل
- أول من طلب فصل متلازمة اسبرجر عن اضطراب التوحد.

١٩٨٨م

لاحظت الدكتورة وينغ وجود نطاق واسع جدا من الاختلافات في شدة إعاقة التوحد بين شخص وآخر ولاعتبار هذه الاختلافات استخدمت مصطلح اضطرابات طيف التوحد (ADS) إشارة للنطاق الواسع للتوحد (الشامي، ٢٠٠٤).

اضطرابات طيف التوحد:

يستخدم مصطلح اضطرابات طيف التوحد (ASD) بالتوافق مع مصطلح الاضطرابات النمائية المتداخلة (PDD) حيث يشير كلاهما إلى حالات مختلفة من التوحد تشترك في صفات التأخر الشديد بالإضافة إلى انحراف في العلاقات الاجتماعية وإحدى أو كلا الصفتين التاليتين: تأخر في التواصل اللغوي والاجتماعي، وعدم القدرة على التمثيل (الشامي، ٢٠٠٤).

وتشمل هذه الاضطرابات:

١. اضطرابات التوحد.
٢. متلازمة اسبرجر
٣. متلازمة رن
٤. الاضطرابات الطفولي التراجعي.
٥. الاضطرابات النمائية المتداخلة – غير المحددة.

تعريف التوحد:

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب، ومن أهم التعريفات المستخدمة في هذا المجال:

١. تعريف كانر التشخيصي Kanner Diagnostic Definition (1943):

يعتبر تعريف كانر عام ١٩٤٣ أول أسلوب استخدم لتشخيص التوحد، ويوضح كانر النقاط التالية في تعريف التوحد مركزا على الصفة الأولى والثانية، حيث حدد كانر أن هاتين الصفتين هما معيار لتشخيص التوحد:

١. النقص الشديد في التواصل العاطفي مع الآخرين.

٢. حب الروتين والكره الشديد لأي تغير في برامج حياته اليومية.

٣. التمسك (التعلق) الشديد غير المناسب بالأشياء.

٤. الظهور على شكل أصم أبكم.

٥. الإظهار أو الاحتفاظ ببعض القدرات المعرفية الجيدة.

(Wolf & Chick, 1980)

٢. تعريف كريك (Creak's, 1961)

ويتضمن هذا التعريف تسعة نقاط وهي:

١. اضطراب في العلاقات الاجتماعية.

٢. اضطراب في الهوية الذاتية.

٣. ارتباط غير عادي مع موضوعات محددة.

٤. المحافظة على روتين معين ومقاومة للتجديد.

٥. تجارب وخبرات ادراكية غير سوية.

٦. قلق زائد ومتكرر وغير عادي.

٧. فقدان القدرة على التحدث.

٨. أنماط حركية مضطربة وشاذة.

٩. نقص واضح في بعض الجوانب الإدراكية أو وجود وظائف عقلية غير عادية.

.(Schopler, 1988)

٣. تعريف رتفو وفريمان (Ritvo & Freeman):

ويتضمن هذا التعريف الذي وضعه كل من رتفو وفريمان والذي أخذت به الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين في المملكة المتحدة (National Socieity for Autistic Children NSAC, 1978) أربعة مظاهر والتي تظهر قبل أن يصل الطفل (٣٠) شهرا وهذه المظاهر هي:

١. اضطراب في معدل النمو وسرعته.

٢. اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.

٣. اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة.

٤. اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.

(Ritvo & Freeman, 1978)

٥. تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America)

تعرف هذه الجمعية التوحد على أنه إعاقة في النمو، تتصف بأنها مزمنة وشديدة، تظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر، وهو محصلة لإضطراب عصبي يؤثر سلبا على الدماغ.

(يحي، ٢٠٠٣).

٦. تعريف المؤتمر الذي عقد في انجلترا (١٩٩٩):

وقد عرفه المؤتمر على أنه اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الأفراد طيلة حياتهم وتتمركز الخسائر التي تأتي من الاضطرابات في الآتي:

* فقدان في العلاقات الاجتماعية

* فقدان في سائر أنواع الاتصالات اللفظية أو غير اللفظية

* فقدان في رؤية الطفل للعالم من حوله ومشكلات تعلمه من خبراته.

* مشكلات في التخيل والإدراك واللعب وبعض القدرات والإدارات الأخرى.

.(Autism 99, 1999)

٧. تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الاضطرابات العقلية حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية: (الزارع، ٢٠٠٣)

وتبعاً لدليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الاضطرابات العقلية

(DSM-4, 1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^{th} Ed).

فإن التوحد هو أحد أشكال "الاضطرابات النمائية العامة" حيث أن الدليل يشتمل على عدد من النقاط في تشخيص التوحد:

أ. توفر ست مظاهر أو خصائص على الأقل من الفقرات الواردة في المجالات (١، ٢، ٣) على أن يكون اثنين منها على الأقل في الفئة (أ) وواحد من المجالين (٢، ٣).

الفئة (أ):

قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي ويعبر عنه كما يلي:

- خلل واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل (تعبيرات الوجه، الوضع الجسماني).
- عدم القدرة على تكوين العلاقات المناسبة نمائيا مع الأقران.
- الافتقار إلى التلقائية في المشاركة مع الآخرين أفراحهم وأحزانهم.
- عدم المقدرة على تبادل المشاعر الانفعالية والاجتماعية مع الآخرين.

الفئة (ب):

قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي:

- تأخر نمو اللغة المنطوقة أو انعدامها كلياً.
- عدم المقدرة على المبادرة في الكلام والمحادثة أو المحافظة على الاستمرارية فيها.
- استخدام نمطي أو تكراري للغة أو استخدام لغة فردية خاصة غير مفهومة.
- عدم القدرة على اللعب الإيهامي العفوي أو اللعب التخيلي الملائم للمستوى النمائي.

الفئة (ج):

(أ) ذخيرة محدودة جداً من النشاطات والاهتمامات:

- الانشغال الزائد والمستمر بواحدة أو أكثر من الاهتمامات النمطية المحدودة.
- الالتزام الجامد وغير الوظيفي ببعض الحركات الروتينية والطقوسية.
- حركات يدوية وتكرارية ونمطية.
- الانبهار والانشغال الشديد ببعض أجزاء الأشياء.

(ب) أداء وظيفي غير سوي في مجال واحد على الأقل من المجالات التالية ويكون حدوثها قبل ثلاثة سنوات:

١. التفاعل الاجتماعي.

٢. استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

٣. اللعب الرمزي أو التخيلي.

(ج) لا يرجع الاضطراب إلى اضطراب حالة رت أو اضطراب الانحلال الطفولي.

نسبة انتشار التوحد:

تتفاوت تقديرات انتشار التوحد بمفهومه الكلاسيكي كما هو الحال بالنسبة لمعظم التقديرات التي تعطي للعلاقات الأخرى. بالرغم من ذلك فإن معظم التقديرات تحصره بين ٤-٥ حالات لكل عشرة آلاف ولادة.

وأشارت الدراسات والأبحاث الجديدة أن اضطراب التوحيد يحدث فيما يقرب الآن من ١٠-١٥ من بين ١٠٠٠٠ طفل في مثل حجم الولايات المتحدة.

كما أشارت الدراسات الحديثة التي أجريت في الولايات المتحدة أنه يوجد على الأقل ٣٦٠٠٠٠ فرد مصاب باضطراب التوحد، ثلثهم من الأطفال وأوضحت الدراسات أن اضطراب التوحد يعد الإعاقة الأكثر شيوعا بالنسبة للإعاقات المختلفة والتي تتمثل في الإعاقة العقلية – الصرع – الشلل الدماغي.

أما حول مدى انتشار اضطراب التوحد بين البنين والبنات فهو يحدث بمعدل ١:٤ في الذكور عن الإناث ولا يذكر سبب مفهوم لذلك في ظهور اضطراب التوحد عند البنين أكثر من الإناث.

(Micheal, 1999)

أسباب التوحد (Causes of Autism):

تعددت الدراسات التي حاولت معرفة الأسباب المؤدية للتوحد ولكن إلى الآن لا توجد أسباب واضحة ومتفق عليها يمكن أن يعزي إليها اضطراب التوحد.

١. عوامل وراثية جينية:

أثبتت بعض الدراسات الحديثة وكما تذكر ليدا (LIDA, 1993) أن هناك ارتباطا بين التوحد وخلل الكروموسومات وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد فقط وهذا الكروموسوم الذي يسمى (Fragile X) ويعتبر هذا الكرموسوم شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والإعاقة العقلية وصعوبات التعلم وله دور في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد، وهذا الكروموسوم يكون شائعا بين الذكور أكثر من الإناث، ويؤثر هذا الكرموسوم في حوالي ٧:١٠% من حالات التوحد.

(الزارع، ٢٠٠٣).

وهناك من يرى بأن التوحد له علاقة بالكروموسوم رقم (٧) وكروموسوم رقم (١٥) خمسة عشر. ثم أن هناك سبب آخر وهو التصلب الدرني (Sclerosis Tuberous)، الذي يؤدي إلى تصلب في بعض الخلايا الداخلية والتي تتحول إلى الجين المسيطر على الناحية العقلية، وربما يؤدي ذلك إلى حدوث ٥% من حالات التوحد.

(سليمان، ٢٠٠١).

وخلاصة القول في هذا المجال أن ٤% من حالات التوحد تقترن باضطرابات جنينية. وعلى الرغم من ذلك، فإن معظم المصابين بالتوحد لا يظهر لديهم خلل واضح في الكروموسومات. إلا أن الدراسات التي أجريت على توائم، أحدها على الأقل مصاب بالتوحد، أشارت إلى أنه حتى ٩٦% من التوائم المتطابقين يصاب كلاهما بالتوحد. وحيث أن هذا النوع من التوائم يشتركون في نفس الجينات، فقد أكدت مثل هذه الدراسات أن التوحد اضطراب جيني.

وبالإضافة إلى هذا، فإن مخاطر تكرار الإصابة بالتوحد بين الأخوة تتراوح بين ٣-٩%. ومع أنها نسبة ضئيلة، إلا أنها تشير إلى أن احتمال حدوث التوحد بين الأخوة يتضاعف ١٠٠ مرة بالمقارنة مع الناس عامة. وهذا يعد دليلا على كون التوحد اضطرابا جينيا.

إن الاضطرابات الجينية ليست بالضرورة وراثية، فقد يحدث تغيير مفاجئ في الكروموسومات والجينات نتيجة لعوامل بيئية. ولكن في الحالات التي يكون فيها التوحد وراثيا، فهو لا يصيب الجنين بالتوحد نظرا لانتقال جينة واحدة فقط من أحد الأبوين، بدليل أنه عندئذ ستكون نسبة الوراثة ٢٥% أو ٥٠% أو ٧٥% وهكذا. هذا بالإضافة إلى أن نسبة الخطورة للإصابة بالتوحد يجب أن تنخفض بنسبة ٥٠% بناء على درجة القرابة. وعلى سبيل المثال، إن كانت نسبة الخطورة للإصابة بالتوحد في التوائم المتطابقين ٧٥% فستنخفض النسبة إلى ٣٧.٥ في الأخوة والأخوات، وإلى ١٨.٧٥% للدرجة الثانية من الأقرباء، وإلى ٩.٣٧ للدرجة الثالثة. وهكذا.

ولكن الحال ليس كذلك، فنسبة توارث التوحد تراوحت بين ٣٦-٩٦% بين التوائم المتطابقين و ٣-٩% بين الأخوة وأقل من ١% للأقرباء. وبالتالي استنتج الباحثون أن

نمط وراثة التوحد متعدد الجينات، أي أنه يحكمه عدد من الجينات التي تتفاعل معا، ويكون أشد مظاهره التوحد مكتملا بجميع معاييره التشخيصية، وأخف مظاهره اضطرابات اجتماعية أو لغوية أو صعوبات إدراكية، ولكنها لا تكون بالدرجة الكافية من الشدة ولا تكتمل جميع سمات التوحد. وبالتالي، لا تعطي مثل هذه الحالات تشخيصا بالتوحد.

وهذا الاستعداد الجيني لظهور اضطرابات مختلفة ضمن أفراد أسر الأشخاص التوحديين يعرف ب "النموذج الوراثي الواسع النطاق".

(الشامي، ٢٠٠٤).

٢. عوامل عقلية:

يرى أصحاب وجهة النظر هذه كما يرى فرث (Frith, 1993) أن التوحد سببه الإصابة بمرض الفصام، الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض، لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة ومن الذين يتبنون هذه النظرة "سينجر وونمي".

٣. عوامل عائدة لتكوين الدماغ:

لقد ربطت الدراسات والأبحاث الحالية في مجال البحث في اضطراب التوحد الربط بين حالة التوحد والاختلافات البيولوجية والعصبية في الدماغ. فقد أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ كما يذكر فرث (Firth, 1993) اختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ مع وجود فروق واضحة بالمخيخ، فقد وجد بعض العلماء مثل بدمان وكامبر (١٩٨٥) وغيرهم ضمور في حجم المخيخ خصوصا في الفصيصات الدورية رقم ستة وسبعة وقد يصل هذا الضمور إلى ١٣% من حجم المخيخ لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجود أو عدم وجود تخلف عقلي مصاحب لحالة التوحد.

٤. عوامل عصبية:

وجد أن فحص الرسم الكهربائي للدماغ في حالات التوحد كما يذكر العالم فرث (Firth, 1993) يظهر بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي ٢٠-٦٥% في حالات التوحد، وكذلك زيادة في نوبات الصرع (Epilepsy) في حوالي ٣٠% من حالات التوحد خصوصا عندما يتقدمون في العمر وبالتحديد قرب مرحلة المراهقة

وخاصة في حالات الأطفال الذين لديهم مستوى أقل من الذكاء أو يعانون من الأمراض المصاحبة للتوحد كالتخلف العقلي والتصلب الدرني والحصبة الألمانية.

٥. عوامل كيميائية:

أكدت عدة بحوث أخرى يذكرها كامبل وشاي (Campbel & Shay, 1995) وجود عوامل كيميائية عصبية تلعب دورا كبيرا في حدوث التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثها، مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيمياء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري وخصوصا في حالات التوحد، ومن بينها بحث أجري في السويد (Piven, 1990) وتبين أن درجة تركيز حمض الهوموفانيلك (Homovanillic Acid) أكثر ارتفاعا في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشوكي (Cerebral fluid) في حالات التوحد منه بين الأطفال العاديين، كما، لوحظت في دراسات أخرى زيادة تركيز إحدى الناقلات العصبية وهو السيرتونين (Serotonin) في ٤٠% من الأطفال التوحديين، وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار فينفلارمين (Fenflaramine) لوحظ تحسن وانخفاض في بعض الأعراض لدى هؤلاء الأطفال كما لوحظ تحسن في الأداء اللغوي.

(الزارع، ٢٠٠٣).

٦. العوامل البيئية:

إن الوراثة بين التوائم المتطابقة لا تصل إلى ١٠٠%، وهذا يوحي بوجود عوامل بيئية ينتج عنها بعض حالات التوحد حيث تتسبب في تلف الدماغ أو في وظائفه.

ونستعرض فيما يلي مناقشة الأسباب البيئية التي ارتبطت بحدوث التوحد، ومن ضمنها:

أ. ظروف الحمل والولادة: هناك مشكلات تحصل للأجنة التوحديين تزيد نسبة حدوثها مما هي لدى الناس عامة، ومنها:

التعسر أثناء الولادة، اختناق الجنين بالحبل الصري، سحب الطفل بالكلاليب "شفط" استخدام العقاقير الطبية، كبر عمر الأم (فوق ٣٥)، دور الطفل بالترتيب (أول، سادس، غير ذلك)، نزف الأم بعد ثلاثة الأشهر الأولى من الحمل، وغيرها.

وتقدر نسبة ظهور هذه المشكلات ب ٢٥% من المصابين بالتوحد. واتضح بأن هذه المشكلات التي تعرض لها المصابون بالتوحد منذ وقت الولادة ناتجة عن اضطرابات جينية قد تؤدي إلى نمو غير طبيعي أثناء الحمل مما كان من شأنه أن يسبب مشكلات في الحمل والولادة.

(الشامي، ٢٠٠٤).

ب. عوامل عائدة للتنشئة الأسرية:

وتعد هذه الأسباب هي الفرضية الأولى التي وضعت لتفسير التوحد، وهي الآن فرضية قديمة جدا وتؤكد هذه النقطة على دور الأبوين في التسبب في هذا الاضطراب، وتشير النظريات النفسية إلى أن والدي الطفل التوحدي يكونان أكثر ذكاءً وقلقا، ولديهما ضعف في دفء العلاقات الأبوية.

هذه النظرية ترجح أن سبب التوحد هو ظروف عائلية وتصورها كالتالي:

* ضعف علاقة التواصل بالأم.

* إثارة غير كافية لعواطف الطفل.

* رفض لهذه العلاقة.

إلا أنه لا يوجد ما يؤيد تلك النظرية، فعند القيام بنقل هؤلاء الأطفال التوحديين للعيش مع عائلات بديلة كعلاج لم يكن هناك تحسن لحالتهم، كما أننا نجد أطفال أصحاء لدى نفس العائلة، كما أننا نرى بعض الحالات تبدأ من الولادة حيث لا يكون لتعاملهم مع الطفل أي دور. فشل هذه النظرية أراح الكثير من العائلات التي كانت تلقي اللوم على نفسها كسبب لحدوث الحالة.

(الزارع، ٢٠٠٣)

ج. اللقاح:

يعتبر لقاح MMR لقاح مركب للحماية من الإصابة بالحصبة والنكاف والحصبة الألمانية. افترض الدكتور وايكفيلد أن لقاح MMR يؤدي إلى حدوث اضطراب غير محدد في الأمعاء والذي قد يؤدي بدوره إلى الإصابة بالتوحد. وهذه النظرية تعرضت لانتقادات شديدة، وظهرت دراسات أثبتت أنه لا علاقة لهذا اللقاح بالإصابة بالتوحد، أي أن الدليل العلمي يشير إلى عكس ذلك.

٥. الفيروسات والأمراض المعدية:

تشير الدراسات الحديثة إلى أن الفيروسات والأمراض المعدية لا يمكن اعتبارها سببا رئيسيا للتوحد، بل يمكن إرجاع أقل من ٤% من حالات التوحد إلى إصابة مرضية معدية.

(خصوصا أن الحصبة الألمانية أصبحت مرضا نادرا جدا، فهي بالتالي تعد من الأسباب النادرة الحدوث).

خصائص الأطفال التوحديين:

يتصف الأطفال التوحديين بعدد من الخصائص ذات العلاقة بجوانب النمو اللغوي والسلوك الاجتماعي والحركي والانفعالي والمعرفي وفيما يلي وصف لهذه الخصائص:

الخصائص السلوكية:

يعتبر سلوك الطفل التوحدي محدودا، وضيق المدى، كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين.

معظم سلوكاته تكون بسيطة مثل تدوير قلم بين أصابعه، تكرار فك وربط الحذاء.

(سليمان، ٢٠٠١)

ويرى هولين (Howlin, 1989) أنه من الممكن في الوقت الحالي أن نقدم وصفا سلوكيا فقط لحالات التوحد، وأن الملامح الرئيسية للتوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

* الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للناس الآخرين الذي ينتج عن عدم المقدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم.

* الاحتفاظ بروتين معين.

وتبقى هذه الملامح طول حياة الأفراد التوحديين ولكن غالبا – مع تنظيم برامج تدريبية وتعليمية معينة معدة إعدادا جيدا – تصبح هذه الملامح أقل شدة.

ويضيف هولين أن الأفراد التوحديين يتميزون بمجموعة من السلوكيات تشمل بعض أو كل السلوكيات الآتية، وهذه السلوكيات تختلف من فرد لآخر من حيث الشدة وأسلوب التصرف:

١. القصور الشديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين.

٢. القصور الشديد وفقدان القدرة على الكلام، حيث أن بعض الأطفال التوحديين يهمسون عندما يريدون الكلام ويستمر ذلك لفترة من حياتهم، والبعض لديهم سرعة غير معتادة في الكلام، والبعض يتكلم بنغمة ثابتة دون تغيير، وبعضهم لا يستطيع إكمال حديثه على الإطلاق.

٣. الخوف الشديد الذي لا يمكن إدراك سببه لأي تغيرات بسيطة في البيئة.

٤. التأخر في قدرات ومجالات معينة، وأحيانا يصاحب التوحد مهارات عادية أو عالية، في بعض القدرات الأخرى مثل الرياضيات، أو الموسيقي، أو الذاكرة.

٥. الحركات الجسمية الغريبة من مثل الهز المستمر للجسم، أو الرفرفة بالذراعين.

٦. تجنب النظر في عيون الآخرين.

٧. النشاط الزائد أو الخمول

٨. الإصابة بالصرع عند بعضهم (حوالي ٢٥% تقريبا) عند البلوغ.

٩. الإيذاء الذاتي لدى البعض منهم.

١٠. الاستخدام غير المناسب للعب والأشياء.

١١. اللعب بشكل متكرر وغير معتاد.

الخصائص اللغوية:

يتصف الطفل التوحدي بعدد من الخصائص اللغوية التي تميزه عن الطفل غير التوحدي المضطرب لغويا كما يشير جاردان (Jardan, 1995) وهي:

* عدم القدرة على استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين اجتماعيا.

* التحدث بمعدل أقل بكثير من الطفل العادي.

* الضعف في القدرة على استخدام كلمات جديدة والاستمرار في إعادة نفس الكلمات.

* الاستخدام غير العادي للغة حيث نجد معظمهم يرددون الأسئلة بشكل متكرر زائد متعلق بما يشغل بالهم.

(Jardan, 1995).

* تفتقد أصواتهم إلى النغمة أو التعبير ولا يفهم الطفل الإيحاءات ولا يستخدمها.

* لديهم ضعف وبطء في تطوير اللغة.

* يستعملون كلمات ليس لها علاقة بالمعنى الذي يريدون توصيله.

(يحي، ٢٠٠٣).

وتضيف اهلرز وأجونسون (Ehleres & Ajohonson, 1996) بعضا من الخصائص اللغوية للأطفال التوحديين كما يلي:

* صعوبة الانتباه إلى الصوت الإنساني رغم أن لدى الطفل التوحدي حاسة السمع عادية ويكون انتباهه للأصوات التي تثير اهتمامه مثل صوت لعبة محببة لديه.

* صعوبة المحاولة لجذب اهتمام من حوله عن طريق المشاركة بأي وسيلة مع العلم أن الطفل العادي يحاول جذب الانتباه والاهتمام قبل إتمام العام الأول.

* صعوبة في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به.

* صعوبة في قدرة بعضهم على التكلم.

* صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وفي استخدام حروف الجر مثل: على ...الخ.

الخصائص الحركية:

إن الطفل التوحدي يصل إلى مستوى النمو الحركي الذي يكاد يماثل الطفل العادي من نفس العمر مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية ومن هذه الخصائص:

* طريقة الوقوف الخاصة فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية، وأذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع.

* تكرار لحركات معينة مرات عدة، فقد يحرك بعضهم أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر.

* الاستغراق لوقت طويل في بعض الخبرات الحسية من مثل مشاهدة مصدر للضوء يضاء ويطفئ.

* فرط في الحركة وخاصة التوحديون الصغار في حين أن نقص الحركة أقل تكرارا.

(الزارع، ٢٠٠).

كما ويضيف كامل (١٩٩٨) في هذا السياق:

* ضعف في التآزر الحركي بشكل عام.

* وضع اليد بالشكل الغريب.

* الجلوس بانحناء.

* الاصطدام بالأشياء والآخرين أثناء المشي.

* الارتخاء والتصلب في حال حمله أحد.

الخصائص الاجتماعية:

يتصف الأطفال التوحديون كما يشير قنديل (٢٠٠٠) بتأخر النمو الاجتماعي لديهم ومن الصغر يلاحظ أن الطفل التوحدي لا ينمي علاقة ارتباط مع والديه وخاصة أمه ومن الخصائص الاجتماعية للطفل التوحدي:

* الانسحاب من المواقف الاجتماعية.

* صعوبة إظهار أدنى قدرة من الاهتمام بوجود الآخرين كما أنه لا ينظر أبدا في وجه أحد.

* صعوبة القدرة على تفسير مشاعر الآخرين من خلال التواصل غير اللفظي فقد لا يدرك الطفل التوحدي أن الشخص الذي يتكلم إليه يبدو ضجرا من حديثه على الرغم من أن وجه هذا الشخص وتصرفاته تعبر عن ذلك.

* صعوبة في النمو العاطفي بشكل عام.

* صعوبة في إظهار الابتسامة الاجتماعية.

* صعوبة في التخيل والتقليد ومشاركة الآخرين فإن الطفل التوحدي يفقد القدرة على اللعب التخيلي والاجتماعي حتى لو كان النمو اللغوي المعرفي لديه في المستويات المرتفعة.

* الرغبة في اللعب وحيدا.

* الالتصاق بأحد أفراد الأسرة بشكل غير عادي.

وقد ورد في التصنيف العالمي للأمراض النفسية الصادر عام ١٩٩٣م كما يذكر فولكمار (Volkmar, 1998) أنه يجب أن يتضمن تشخيص ضعف الأداء الاجتماعي المرتبط بالتوحد اثنين على الأقل من المظاهر الأربعة التالية:

أ. صعوبة واضحة في السلوك غير اللفظي الضروري للتفاعل الاجتماعي مثل عدم القدرة على المواجهة بالنظر حين يتواصل مع الآخرين.

ب. صعوبة في العلاقات مع الأقران وفقا لمستوى النمو الذي يمر به الطفل.
ج. صعوبة في المشاركة في أوقات المتعة والفرح.
د. صعوبة في مشاركة الآخرين ومبادلتهم المشاعر.

الخصائص المعرفية (العقلية):

أشارت الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح المميزة لاضطراب التوحد، وذلك لما يترتب عليه نقص في التواصل الاجتماعي وفي الاستجابة الانفعالية للمحيط، وسنستعرض مجموعة من نتائج هذه الدراسات في هذا المجال وهي:

* يعاني حوالي ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين من التخلف العقلي والبعض الآخر منهم يتمتعون بدرجة ذكاء متوسطة.

* يعاني الأطفال التوحديين كما أشارت إلى ذلك دراسة إليزابيث وديكيمز وفولكمار (Elisabeth & Dykems & Volkmar, 1991) من اضطرابات واضحة في التفكير وتشتت واضح في الخصائص المعرفية وتكون درجات ارتقاء لغتهم سواء لفظية أو غير لفظية في أقل المستويات وقصور في وظائف التفكير. وأشارت إلى أن طبيعة أنماط التفكير لدى الطفل التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها.

* يعاني الأطفال التوحديين من صعوبة في الانتباه والتركيز كما أشارت دراسة سيرز (Sers, 1994) وأوضحت أيضا أن هؤلاء الأطفال يعانون من اضطرابات في وظائف الانتباه من حيث التعرف البصري المكاني على الأشياء وأيضا دراسة جيم وكريك (Jame & Graik, 1994) التي أوضحت أن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة معرفية في كل من التفكير – الانتباه والتركيز واستخدام اللغة بجانب قصور في القدرة على التخيل.

* يعاني الأطفال التوحديين كما أشارت دراسة مارقوري (Margoris, 1994) من مشكلات تتعلق بالقدرة على الاستمرارية في نشاط معرفي كالانتباه والتذكر فترة طويلة، وأن قدراتهم على التصنيف أكثر جمودا إن لم يكن موجودا بالفعل عند بعض

التوحديين وأيضا يعاني بعضهم من مشكلات في القدرات البصرية والعقلية وإدراك العلاقات واستخدام الرموز وحل المشكلات.

* يعاني الأطفال التوحديين من تدني في الذكاء الاجتماعي حيث ذكر ستون (Stone, 1998) أن أكثر أنواع الذكاء تأثرا في التوحد هي تلك المرتبطة ارتباطا وثيقا بالمؤثرات الاجتماعية التي تتطلب تمثلا عقليا.

ويبدو أنهم يعانون من خلل في قدراتهم على التعلم من الناس الآخرين وعن الناس الآخرين.

أما بالنسبة للتفاعل الاجتماعي فيذكر ستون (Stone, 1998) أن التوحديين يعانون من عجز فيه لأنه يتطلب معرفة بالناس الآخرين وهم يعانون من عجز في هذا الجانب وإذا ظهر بعض التبادل الاجتماعي لديهم فربما لا يكون العجز عندهم خطرا أو معيقا وخاصة أن التبادل الاجتماعي يتطلب معرفة اجتماعية من مراحل النمو الممارس في الحياة.

ويذكر روتر (Ruter, 1993) أن هناك تفسيرين محتملين للأداء المنخفض على اختبارات الذكاء بالنسبة لهؤلاء الأطفال:

الأول: أن الطفل التوحدي ربما يعرف الإجابة، ولكنه يتعمد تجنب إعطائها.

الثاني: أن أداء الطفل يكون عادة محكوما بطبيعة موقف الاختبار وليس بصعوبة المهمة المطلوبة منه.

وقد أورد هوارد واورلانكي (Heward & Orlanaky, 1980) وسيجمان (Sigman, 1998) ست خصائص تتواجد لدى الأطفال التوحديين وهي:

١. العجز الجسمي:

ويتمثل ذلك بتجاهل الطفل لمن حوله فقد تتحرك أمام الطفل مباشرة وتبتسم له، وتتكلم معه، ومع ذلك فإنه يتصرف كما لو لم يكن هناك أحد وغالبا ما تشك الأم أن طفلها أصم أو كفيف.

٢. البرود العاطفي:

ويتمثل ذلك بعد الاستجابة لمحاولة الحب أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الأهل إلى أن طفلهم لا يعرف أحدا ولا يهتم بأن يكون وحيدا أو في صحبة الآخرين.

٣. الإثارة الذاتية:

ويتمثل ذلك بتكرار الأفعال أو القيام بأعمال نمطية كسلوك هز الجسم أو التلويح بالذراعين.

٤. سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب:

ويتمثل ذلك بعض الطفل لنفسه وفي بعض الأحيان بشد أو لطم الوجه أو بتوجيه عدوانه للآخرين من عض أو رفس أو خربشة ....الخ وعادة ما يكون الأهل عاجزين أمام هذه الأنماط السلوكية والتعامل معها.

٥. الكلام النمطي:

ويتمثل ذلك بإعادة السؤال الذي طرح عليه أو تكرار كلمة سمعها في الصباح أو من شخص آخر أو بإعادة الإعلانات التي سمعها من التلفاز. هذا وأشار كلا من دونالد وكابرولو إلى أن ٦٠% من الأطفال التوحديين تقل نسبة ذكائهم عن ٥٠%.

٦. قصور السلوك:

ويتمثل ذلك بافتقاره لمهارات العناية بالذات أو ارتداء الملابس أو إطعام نفسه مقارنة مع الأطفال من نفس الفئة العمرية التي ينتمي لها ولكن من فئة العاديين.

(الزارع، ٢٠٠٣).

البرامج التربوية العلاجية

مقدمة

يمكن الإشارة إلى أنه من الأمور المتفق عليها عند الباحثين أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد يتميزون بأنهم مجموعة غير متجانسة، وتظهر هذه الفروق بشكل أساسي من خلال نمط التعلم والقصور في مهارات التواصل ومهارات التفاعل الاجتماعي وفي المشكلات السلوكية التي يظهرها هؤلاء الأفراد، لذا يجب أن تؤخذ الفروق الفردية بعين الاعتبار وهذا يؤدي بنا إلى فكرة أنه لا يوجد منهاج محدد لتعليم الطلبة التوحديين، والبرامج الأكثر فاعلية هي التي تستند إلى الحاجات والقدرات المميزة لكل طفل توحدي (زياد، ٢٠٠١).

البرامج التربوية العلاجية

برامج (TEACCH):

هو برنامج أسسه (Eric Schopler) في أوائل السبعينيات من القرن الماضي، وهو يهدف إلى مساعدة الأطفال التوحديين أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر استقلالية من خلال محاولة فهم العالم من حولهم. حيث يعتمد البرنامج على تنظيم البيئة المادية وإعطاء التوحديين معلومات بصرية واضحة. ويعتمد (TEACCH) مقياس (CARS) كأساس للتقييم في البرنامج. (الزريقات، ٢٠٠٤).

يعتمد منظرو برنامج (TEACCH) أنه من الصعب على الطفل التوحدي فهم إشارات الواقع لذا لديهم صعوبة في الذهاب إلى أبعد من المظهر الإدراكي وهو مصدر المتاعب لهم في فهم المفاهيم المجردة، وإشارات الجسد ومعنى التقليد ومرور الوقت، لذا يحاول هؤلاء جعل الواقع على قدر أكبر من الوضوح من وجهة نظر التوحديين الإدراكية عن طريق استعمال المساعدات البصرية في بيئة تركز على الأداء البصري أي أن البرنامج يركز ويسخر القدرة الإدراكية للتوحديين التي هي نقطة قوتهم من أجل تطويرهم وجعلهم أكثر استقلالية. (Panerai et al., 2002).

إن جزءاً مهماً من برنامج (TEACCH) موجه لتطوير مهارات الاتصال ومتابعة الاهتمامات الاجتماعية وأوقات الفراغ، وكذلك يتضمن البرنامج التعلم والتدريب لآباء التوحديين بحيث يؤسس روتيناً وإشارات في المنزل تكون متوافقة مع تلك المقدمة في الصفوف الدراسية للبرنامج وذلك حتى تعمم المهارات على المواقف المختلفة. (Gresham et al., 1999).

برنامج ليب للأطفال التوحديين دون سن المدرسة وللآباء:

بدأ برنامج ليب (LEAP) عام ١٩٨١ في بنسلفانيا لتقديم خدمات الأطفال العاديين والتوحديين من عمر (٣-٥) سنوات وتدريب الآباء على المهارات السلوكية بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى.

وما يمتاز به برنامج ليب (LEAP) أنه يجمع الأطفال التوحديين والأطفال العاديين، حيث يستخدم الرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية وتشتمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الاجتماعية والانفعالية، واللغوية، والسلوك التكيفي، والمجالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية. ويجمع المنهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة.

التركيز الأولي لبرنامج (LEAP) يشتمل على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامة بخدمات تدخل مبكر نوعي، وتقدم هذه الخدمات من خلال الزيارات والأجوبة على الأسئلة وإقامة ورش تدريبية وتقديم الاستشارات حسب الحالة ويشتمل التدريب على:

أ. تنظيم الصف

ب. ضبط الصف

ج. تدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية

د. مناهج إشراف

هـ. متابعة لما وراء عمل المعلمين

و. مشاركة الأسرة

وفي برنامج (LEAP) يتم تحديد أهداف خاصة لكل طفل توحدي ووضع استراتيجيات لإشباع حاجاتهم الخاصة، ولابد من مشاركة الأسرة ضمن برامج تدخل مستندة إلى المنزل والمجتمع.

(الزريقات، ٢٠٠٤).

برنامج (Fast Forward):

وهو برنامج إلكتروني يعمل (بالابتكار. كمبيوتر)، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي المصاب بالتوحد، وقد تم تصميم هذا البرنامج عام (١٩٩٦) بناءاً على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة اللغة (Paula Tallal)، حيث بينت في بحثها المنشور في مجلة العلم (Science) أن الأطفال التوحديين الذي استخدموا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة، وتقوم فكرة هذا البرنامج بوضع سماعات على أذني الطفل بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب يلعب ويستمع للأصوات الصادرة من هذه اللعب. وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو الجانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية. نظراً للضجة التي عملها هذا الابتكار. فقد تم تطويره ابتكار برامج أخرى مشابهة تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي.

www.gulfnet.ws/tawahud/tawahud6.htm

طرق أخرى في العلاج

استخدام التحليل النفسي في علاج التوحد، وهذه الطريقة في العلاج تشتمل على مرحلتين هما:

١. يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

٢. يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأهيل وإرجاع الإشباع والإرضاء وتجدر الإشارة أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب وتقديم بيئة بناءة وصحية. (عبد العزيز، زيدان، ١٩٩٦).

استخدام العلاج السلوكي (تعديل السلوك):

تقوم هذه الفكرة على علاج الأطفال التوحديين على مكافأة السلوك المطلوب بشكل منتظم وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك التوحدي لدى الطفل، ويرجع السبب في اختيار العلاج السلوكي للتخفيف في حدة التوحد لعدة أسباب منها:

١. أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير الاختصاصيين.

٢. هذا الأسلوب لا يعير اهتماماً للأسباب المؤدية إلى التوحد إنما يهتم بالظاهرة ذاتها.

٣. إنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح دون عناء كبير.

٤. ثبت نجاح هذا الأسلوب وقد اتفق المختصون أنه يمكن استخدام النمذجة والإشراط الإجرائي لمساعدة الأطفال التوحديين. (فؤاد، ٢٠٠١).

الاتجاهات التعليمية وضبط السلوك للطلبة التوحديين

أ. استخدام الطرق البصرية:

إن استخدام طرق الكتابة المصحوبة بالصور والإشارات يمكن أن تعتبر من الوسائل التعليمية المساعدة للطالب في تواصله وتطويره لآليات ضبط الذات، لذلك إن استخدام العينات البصرية تساعد الطفل التوحدي على التركيز في الرسالة الموجهة إليه. ويمكن

استخدام المدعمات البصرية في غرفة الصف من خلال طرق متعددة ولأهداف مختلفة.

- تستخدم الوسائل البصرية في التنظيم مثل: الجداول اليومية، قوائم الأنشطة الروزنامة.

- تستخدم الوسائل البصرية في التوجيه مثل: قواعد وأنظمة الصف، تعليمات القيام بالمهام المحددة.

- تستخدم الوسائل البصرية لتنظيم البيئة مثل: الخرائط، تصنيف الموضوعات وتسميتها، الإشارات (Hogdon, 1995).

ب. الاستراتيجية التعليمية لتطوير مهارات التواصل:

وتتضمن أن البيئات المدرسية والصفية تقدم للطفل التوحدي فرص لتطوير التواصل اللفظي ضمن إطار المحيط الاجتماعي المتواجد فيه، بل تعمل على تعزيزه وإمكانية تعميمه، لذلك فإن تحديد المهارات المعينة للتعلم التي تستخدم لتحقيق الأهداف التعليمية التي يشترك في صياغتها للطلبة التوحديين من أخصائي النطق واللغة والأهل وبقية الفريق المتخصص، والتي تستند في الأساس على حاجات وقدرات الطفل التوحدي. (Koege et al., 1995).

- **الاستراتيجيات العامة لتطوير مهارات التواصل:**

١. التركيز على التواصل والتفاعل في البيئة التي يعيش فيها الطالب.

٢. تقديم تعلم لتطوير اللعب التفاعلي والتواصلي.

٣. التحدث باستخدام مفردات بسيطة ومناسبة.

٤. تعليم الطفل مهارات الاستماع.

٥. التحدث ببطء أثناء الكلام.

٦. استخدام القصص الاجتماعية لتوضيح الأحداث والأنشطة.

٧. استخدام المعينات البصرية أثناء الكلام وذلك يساعد على فهم الفكرة واستيعابها.

٨. استخدام المصاداه (Echolalia) كأداة تعليمية.

- **استراتيجيات التدريب على المهارات الاجتماعية:**

إن تنمية المهارات الاجتماعية أحد المجالات الأساسية في منهاج الطلبة التوحديين لذا يجب أن يتم:

١. توفير المشاركة والتفاعل الاجتماعي في البيئة الطبيعية التي ينتمي لها الطالب.

٢. تعليم مواقف اجتماعية لموقف محدد.

٣. تعليم القصص الاجتماعية.

٤. تقديم تغييرات جديدة في النظام الروتيني.

٥. المساعدة في تعليم مهارات أكاديمية جديدة.

٦. تسهيل عملية دمج الطالب التوحدي في الصف العادي.

٧. مساعدة الطفل التكيف مع المحيط الاجتماعي (Murray, 2003).

– استراتيجيات تغيير السلوك:

١. التعديلات البيئية:

يمكن خفض السلوك والتقليل منه بإجراء بعض التغييرات في البيئة أو في الغرفة الصفية مثل:

- إزالة المثيرات المشتتة.
- التقليل من الإثارة الحسية.
- وضع جدول يومي واضح يستطيع الطفل التوحدي التنبؤ به.
- عمل تغيير في غرفة الصف مثل تغيير المقاعد.
- جعل المهارات التعليمية سهلة وممتعة.
- توفير فرص أكثر للطالب.
- توفير مكان للراحة والاسترخاء.

٢. استراتيجية تقليل السلوك النمطي:

إن السلوك النمطي المتكرر لدى الطفل التوحدي هو محط اهتمام المعلمين والآباء، وهذا السلوك لا يمكن التخلص من الهدوء. بل يمكن التقليل منه وذلك من خلال إحلال سلوك بديل عنه في بعض المواقف، وهذا الأمر يعتمد على وظيفة السلوك النمطي. مثلا سلوك الدوران والرفرفة يظهر عندما تكون هناك ضجة في المكان، فإذا

كان الغرض من السلوك هو الحصول على الهدوء، فإن السلوك البديل هو تعليم الطفل الاسترخاء.

بعض الاقتراحات للتخفيف من السلوك النمطي:

١. استخدام مستوى السلوك النمطي كأداة لقياس مستوى التوتر لدى الطفل.

٢. توفير مجموعة من الخبرات الحسية أثناء اليوم الدراسي.

٣. تعليم السلوك البديل.

٤. محاولة جذب انتباه الطفل إلى نشاط آخر وقت حدوث السلوك النمطي المتكرر.

٥. التقليل التدريجي من الأوقات التي يحدث فيها السلوك النمطي.

٦. تعليم ضبط الذات، ويمكن تقديم الصور لتعليم الطفل التوحدي ضبط الذات.

٣. استراتيجية البرنامج الإيجابي:

والبرنامج الإيجابي هو ذلك البرنامج الذي يعمل على تطوير التواصل والسلوكات الإيجابية في بيئة داعمة ومنظمة من خلال تقديم عدد من العناصر التالية:

- تعليم مهارات التواصل.
- تعليم المهارات الاجتماعية.
- توفير جدول واضح للأنشطة اليومية.
- تقليل الحساسية التدريجي لأناس أو أمكنة جديدة.
- تعزيز السلوكات المناسبة باستخدام التعزيز المناسب.
- تقديم توقعات واضحة للسلوك ومساعدة الطالب على فهم ما يتوقع منه.

العلاج بالاحتضان

وضعت هذه الأسلوب (MARTHA WELCH) في أمريكا ويتم تطبيقها في معظم المراكز التي تهتم بعلاج التوحد. ويقوم هذا الأسلوب من العلاج على تشجيع الأهل على احتضان أطفالهم مدة طويلة حتى لو قوبلت هذه الطريقة بالرفض من قبل الطفل، حيث يعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل يؤدي بالنهاية إلى قبول الطفل الاحتضان، وقد أفاد الأهل الذين استخدموا هذه الطريقة أن أطفالهم قد أبدوا تحسناً ملحوظاً في قدرتهم على التواصل البصري. كما لاحظ الأهل بعد استخدامهم هذه الطريقة من العلاج ارتفاع مستوى التواصل والتفاعل الاجتماعي.

وتعتبر هذه الطريقة مهمة جداً بالنسبة للأهل حيث جعلتهم يشعرون بقرب أطفالهم أكثر إليهم، وبقدرة هؤلاء الأطفال على التعبير عن مشاعرهم بطريقة أفضل من ذي قبل ومن الملاحظ أن بعض الأطفال التوحديين يرفضون بشدة عملية الاحتضان ومهما كان الأمر فإن تكرار المحاولة والإصرار من قبل الأهل على تطبيق هذه الطريقة بما لها من نتائج إيجابية ملموسة يجعلهم يتحملون تعب وعناء تطبيق الطريقة.

وعلى الرغم من أن لهذه الطريقة مردودات إيجابية في تغيير بعض الأنماط السلوكية عند الأطفال المصابين بالتوحد إلا أن هذا لا يعني أن قدرة الطفل على التفاعل والتواصل مع محيطة الاجتماعي قد تصبح طبيعية وعادية.

العلاج بالموسيقى:

وجد أن العلاج بالموسيقي له تأثير قوي على الأشخاص المصابين بحالة التوحد؛ حيث أن لها تأثير واضح في تغيير بعض السلوكات. يساعد صوت الموسيقى الطفل الذي يعاني من ثورة نفسية قوية تتمثل في إظهار المزيد من الحركات النمطية على أن يبدأ بالهدوء شيئاً فشيء، حتى يستحوذ صوت الموسيقى على تركيزه، فيتخلص من تلك الحركات أو الانفعالات المختلفة.

www.moudir.com/vb/archive/index.php/t-64348.htm1

العلاج بالإبر الصينية:

في بحث تقدم به علماء صينيون جاء فيه أن العلاج بالإبر الصينية قد يحسن حياة الأطفال المصابين بالتوحد والذين يعانون من الانطواء الشديد والعزلة عما يجري حولهم.

وقال العلماء الصينيين إن هذا العلاج يعمل على تهدئة الأطفال وتوفير الاستقرار النفسي لهم ويسهل عليهم التعليم والاعتناء بأنفسهم، يذكر أن تاريخ العلاج بالإبر في الصين يعود إلى قبل الآلاف من السنين أما وخز اللسان بالإبر على وجه التحديد فهو أسلوب استحدث قبل عقدين من الزمن فقط.

وذلك أسلوباً جذاباً لأن اللسان مليء بالأعصاب بل أن العلماء ألمحوا في السنوات الأخيرة إلى احتمال أن يشفي هذا العلاج مرضى الجلطات الدماغية وتعتبر هذه

المحاولة الأولى لاستكشاف إمكانية استخدام هذا الأسلوب في علاج التوحد والاسترسال في التخيل هرباً من الواقع.

ومن المعالجات الأساسية لاضطراب التوحد أيضاً ما يلي:

- علاج النطق واللغة.
- العلاج الوظيفي.
- العلاج الفيزيائي.
- التدريب السمعي.
- التغذية والدواء.
- التواصل البصري.

(يحي، ٢٠٠٠)

ويمكن القول بأن التوحد حالة مرضية يصعب علاجها، ولا يزال لغزاً محيراً ولا توجد أي عقاقير تعالجه تماماً.

القياس والتشخيص لاضطراب التوحد.

١. معايير تشخيص التوحد كما نص عليها DSM-IV

أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV إلى أن أعراض التوحد تشتمل على ظهور (٦) أعراض أو أكثر من المجموعات (١، ٢، ٣) التالية واثنين من أعراض المجموعة (١) وعرض واحد لكل من المجموعتين (٣،٢).

وتضم المجموعة (١):

أ. إعاقة نوعية من التفاعل الاجتماعي

ويعبر عن ذاته بواسطة اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

١. قصور واستعمال قليل للسلوكات غير اللفظية مثل تلاقي العين بالعين وتعبيرات الوجه مثل (الابتسامة، العبوس) أو حركات في المواقف الاجتماعية والاتصال مع الآخرين.

٢. قصور في بناء علاقات صداقة مع الأقران تتناسب مع العمر ومرحلة النمو كما يفعل الأطفال الآخرون.

٣. غياب المشاركة الوجدانية والانفعالية أو التعبير عن المشاعر.

٤. قصور القدرة على مشاركة الآخرين في الاهتمامات والهوايات والتمتع والتحصيل أو إنجاز أعمال مشتركة معهم.

تضم المجموعة (٢):

ب. قصور كيفي في القدرة على التواصل، ويكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية:

١. تأخر أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (اللغة المنطوقة).

٢. لغة غير مألوفة تشتمل على التكرار والنمطية في استخدام اللغة.

٣. بالنسبة للأطفال الذين يتكلمون لديهم قصور في الحديث والمبادرة فيه ومواصلته.

٤. غياب وضعف القدرة على المشاركة في اللعب أو تقليد الآخرين الذين يتناسب مع العمر ومرحلة النمو.

تضم المجموعة (٣):

ج. قصور نشاط الطفل على سلوكات نمطية وتكرارية كما هي ظاهرة في واحدة على الأقل من التالية:

١. استغراق وانشغال بأنشطة واهتمامات نمطية شاذة من حيث شدتها وطبيعتها.

٢. حركات نمطية وتكرارية غير هادفة مثل رفرفة الأصابع وضرب الرأس، وتحريك الجذع للأمام والخلف.

٣. انشغال طويل المدى بأجزاء من الأدوات والأشياء مثل يد لعبة، سلسلة مفاتيح.

٤. جمود وعدم مرونة في الالتزام بسلوكيات وأنشطة روتينية لا جدوى لها (Bondy & Frost, 1994).

٢. نظام (ICD-10) التصنيف الدولي للأمراض والصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) والشكل النهائي لـ (ICD-10) ظهر في عام (١٩٩٣) وصنف التوحد كذهان في الطفولة.

يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية حيث سيتم ذكر الجوانب الأساسية وهي:

١. ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن (٣) سنوات.

٢. قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل.

٣. قصور نوعي في التبادل الاجتماعي.

٤. سلوكات واهتمامات تتصف بالنمطية والرتابة.

٥. أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية إعاقات نمائية أخرى أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له اضطرابات انفعالية وسلوكية أو متلازمة ريت (RETT) أو انفصام شخصية مبكر.

(الزريقات، ٢٠٠٤).

ومن الوسائل والطرق المستخدمة في قياس وتشخيص الأطفال التوحديين والتي من خلالها يتم التعرف على أهم مظاهر الاضطراب والتأخر الذي يظهره هؤلاء الأطفال في الجانب السلوكي والانفعالي ومعرفة نقاط القوة والضعف ومستوى الأداء الحالي لهم ما يلي:

٣. الملاحظة السلوكية وقوائم الشطب (Observation & Checklist):

تعتبر الملاحظات المباشرة من أكثر الطرق شيوعا واستخداماً وأكثرها دقة في تشخيص حالات التوحد حيث من الممكن الاعتماد على الخصائص والسمات والمظاهر الخارجية للطفل التوحدي وملاحظته في المواقف المختلفة والقيام بتدوين تلك الملاحظات وتسجيل تكرار وشدة الاستجابات وأشكال السلوك المختلفة التي تصدر عن الطفل موضع الملاحظة.

ويعتبر هذا الأسلوب مناسباً في إعطاء تشخيص دقيق عن حالة الطفل والأعراض التي يظهرها وبالتالي يتم وضع البرنامج العلاجي المناسب لذلك تشمل هذه الطريقة عدداً من الخطوات منها ما يلي:

١. الكشف المبدئي أو الأولي: وهو مراقبة وتسجيل استجابات وسلوك الطفل في مواقف مختلفة مثل: مراقبة شدة وتكرار السلوك النمطي لديه، مراقبة عدم تواصله مع الآخرين.

٢. تحديد المشكلة (Definition of the problem): في هذه المرحلة يتم تحديد درجة ظهور السلوك ومدى تكراره في عدد من المواقف المختلفة مع استخدام أدوات قياس مختلفة مثل قوائم الشطب.

٣. وضع الخطة العلاجية وتحديدها: ووضع الخطط والبرامج العلاجية المختلفة الأبعاد من قبل فريق متعدد التخصصات لتغطي الجوانب المختلفة لدى الطفل من نقاط قوة وضعف.

٤. المتابعة والتقييم Follow-up & Evaluation: لابد من عملية المتابعة لمعرفة مدى التحسن والتقدم عند الطفل من خلال الخطة العلاجية ومعرفة مدى ملاءمتها وتوافقها وتطويرها تبعاً لمدى التحسن الذي يظهره الطفل، وهل هناك من حاجة إلى تغيير الأساليب المتبعة (Koege Et al, 1995).

وفيما يلي وصف لبعض قوائم الشطب والتقدير المتبعة في تشخيص التوحد:

١. قائمة التوحد عند الأطفال الصغار The Checklisht for autism in Toddlers (Chat):

طوره بارون كوهن وآخرون (١٩٩٦) وهو مقياس يشمل تسعة أسئلة (نعم/لا) للآباء وخمس فقرات يتم الإجابة عليها من خلال الملاحظة التي يجريها الفاحص، استعمل هذا المقياس للكشف عن الأطفال الصغار من عمر (١٨) شهرا (الزريقات، ٢٠٠٤).

٢. قائمة تقدير السلوك عند الأطفال المتوحدين والشاذين:

The Behavior Ratting Instrument for autism and Typical Children (BRIAAC)

طورها روتنبرغ وآخرون (Ruttenberg et al., 1977) وهي عبارة عن قياس ملاحظي يستخدم في الممارسة الأكلينكية وهو مكون من ثماني مقاييس هي العلاقة مع الكبار، التواصل، حركات الجسم، اللغة التعبيرية، اللغة الاستقبالية، الاستجابة الاجتماعية، والنمو البيولوجي النفسي وكل مقياس من المقاييس السابقة يعطي علامة من عشرة لتحديد قيام الطفل بسلوك معين في القائمة والحكم على وجود حالة التوحد لديه.

٣. قائمة سلوك التوحد The autism behavior checklist (ABC):

تم تطوير قائمة (ABC) من قبل كروغ، أريك والموند (Kurg, Arick Almond) وتغطي القائمة الجوانب المختلفة لدى الطفل وتهدف إلى تمييز الطفل التوحدي عن الأطفال ذوي التخلف العقلي الشديد الأصم + المكفوف، ذوي الاضطرابات الانفعالية

الشديدة والعاديين. وتتكون من (٥٧) فقرة مقسمة على خمسة أبعاد هي: الإحساس، التعلق، الجوانب الاجتماعية، العناية بالذات، استخدام الأشياء المختلفة للغة.

٤. مقياس تقدير التوحد الطفولي The Childhood autism rating scale (CARS):

بني هذا المقياس على أساس المعايير التشخيصية للتوحد كما عرفها (كانر) والنقاط التسعة التشخيصية التي أقرتها المجموعة البريطانية (Creak 1964) و (Rutter 1978) والجمعية الوطنية للأطفال المصابين بالتوحد (Nsac, 1978) وتتكون المقياس من (١٥) مقياس فرعي كل مقياس يصحح وفق سبعة مستويات تتراوح ما بين السواء والانحراف الشديد عن السواء وقد تم تعريف كل مستوى وتحديد معدل التكرار وشدة السلوك. ويؤخذ بالاعتبار عمر الطفل عند تقييمه.

والفقرات الخمس عشر المذكورة تغطي جوانب منها: العلاقة مع الآخرين، التقليد، العاطفة، مستوى النشاط، التكييف مع تغيرات البيئة، الاستجابة البصرية – التواصل اللفظي وغير اللفظي، الوظائف المعرفية، الانطباعات العامة. (PARKS S.L, 1983).

٥. قائمة شطب لأعراض التوحد Early Infertile Autism symptoms checklist:

تم وضع هذه القائمة من قبل بالون وسبنستر (Blon & Spencer) وتحتوي على (٣٠) فقرة موزعة على هي: الانسحاب الاجتماعي النشاطات التي تفتقر للدمج، عدم العصبية والأنانية، مميزات العائلة تحريف وتشويه استخدام اللغة. ومن خلال تحديد أشكال السلوك الذي يظهره الطفل يتم تحديد وجود التوحد لديه (Gresham, et al, 1999).

٦. القائمة التشخيصية للأطفال المضطربين سلوكياً:

The Diagnostic Checklist for Behavior Disturbed children

صممت من قبل ريملاند (Rimland, 1964) وهي قائمة لتشخيص أعراض التوحد تتكون من (٧٦) سؤال تتناول موضوعات عن تاريخ الحالة، الأعراض، نماذج الكلام حيث يقوم الآباء بالإجابة عن الأسئلة وبناء على ملاحظاتهم التي أكدت أهمية التغيير الذي يظهر حول عمر خمس سنوات ونصف، تم تطوير نموذج ريملاند (,1971

1984) ويتكون من (١٠٩) فقرة تملأ من الآباء، وتصحيح القائمة بإعطاء كل استجابة تمييز التوحدي (+1) وعلامة (-1) إذا لم تكن لديه سلوكات توحدية. (الزريقات، ٢٠٠٤).

٧. المقابلة التشخيصية للتوحد The Autism Diagnostic Interview (ADI):

تم تطويرها من قبل روتر وليكوتر (Rutter & Lecouteur) حيث يعتمد الباحث على المقابلة وتبني الأسئلة صورة مفصلة عن التطور في جوانب ثلاثة هي: اللعب، الجانب الاجتماعي وتطوره، التواصل اللغوي.

٤. دور المعلم في عملية التشخيص والقياس لحالة التوحد:

يؤدي المعلم دوراً مهماً وفاعلاً في عملية كشف وفحص وتشخيص حالة التوحد كونه عاملا مهماً في التفاعل والحصول على المعلومات المباشرة عن الطفل، ويتم ذلك من خلال مراقبته له أثناء الدوام المدرسي وخلال تفاعله مع الأطفال الآخرين، وكذلك متابعة حالة الطفل مع أسرته من أجل الوقوف على المشكلة ومعرفة جوانبها المختلفة ووضع التصورات الملاحظة والتأكد من أشكال السلوكات والاستجابات التي يقوم بها الطفل في المدرسة والمنزل.

إن التفاعل المثمر البناء بين الأهل والأخصائيين ومنهم المعلم له الأثر الأكبر للوصول إلى تشخيص أكثر دقة وسلامة وهذا أثبتته الكثير من الدراسات.

إذاً المعلم مصدر أساسي للحصول على العديد من الاستفسارات عن وضع الطفل باعتباره يقضي عدة ساعات طويلة معه مما يوفر له فرص الاحتكاك والتفاعل المباشر مع الطفل ويزيد ذلك إذا كان المعلم ذو دراية وخبرة ميدانية تمكنه من ملاحظة وإدراك السلوك غير السوي والشاذ.

(مرجح، ٢٠٠١).

٥. المقاييس النمائية:

يصف مقياس النمو جوانب عدة لدى الطفل بحيث يغطي كل جانب عدد من الفقرات التي تصف السلوكات المختلفة، ومن أهم الجوانب التي تقاس بمقياس النمو ما يلي:

١. إدراك (Perception) ويشمل جوانب مثل التعبير والاستقبال.

٢. المهارات الاجتماعية (Social Skills) مثل اللعب مع الآخرين والاتصال مع الآخرين.

٣. المهارات معرفية (Cognitive Skills) وتشمل مهارات القراءة والكتابة والحساب.

٤. مهارات الاتصال (Communication Skills) ومنها الطلب والاستجابة والاستماع.

٥. مهارات العناية الذاتية (Daily Living Skills) وتشمل مهارات الأكل وغسل اليدين .....

٦. الجانب الانفعالي (Emotional Domain) وتشمل أمور مثل إيذاء الذات والضحك المتقطع.

٧. اللغة التعبيرية والاستقبالية وتتمثل في ترديد الكلمات، التقليد والانتباه إلى الأصوات.

تعتبر المقاييس النمائية مهمة في تشخيص التوحد، لأنها تقدم وصفاً للعديد من جوانب القوة والضعف في حياة الطفل التوحدي (السعد، ٢٠٠١).

٦. الاضطراب السلوكي:

- لا يبالي بالألعاب التي تتلاءم مع عمره الزمني.
- المقاومة للتغير والإصرار على نمط روتيني معين.
- تعلق غير عادي ببعض الأشياء مثل (خيط، كرسي، ....).
- تكرار حركات غير عادية مثل رفرفة اليدين، هز الجذع ......
- الاستمرار في نشاط معين ويكون نشاط غير هادف.

٧. القدرات المعرفية للأشخاص التوحديين:

وجد في عدد من الباحثين أن قدرات الأطفال في سن الثانية من العمر على اللعب التمثيلي والخيالي تطور وبشكل طبيعي، ولكن هذا الأمر لدى الأطفال التوحديين غير موجود لذا فهم لا يتمكنون من اللعب الرمزي والتخيلي لأن لديهم نوع من القصور باللعب المتمركز على الخيال وعدم القدرة على محاكاة أفعال الآخرين والمباشرة بالألعاب التي تتطلب من الطفل تقمص الشخصيات الأخرى.

كما وجدت الدراسات أن الأطفال التوحديين يملكون الوقت الكافي لاستخدامها وتوظيفها بالشكل المناسب، وقد تبين أيضاً أنهم لا يستجيبون للموقف أو المحتوى إلا إذا كان محدداً بأطر معينة مما يمكنهم من إيجاد العلاقات وبسهولة من المرات القادمة التي يواجهون بها هذا النوع من المواقف.

٨. الدافعية لدى الأفراد التوحديين:

إن الشخص التوحدي ليس لديه الدوافع التي يتوق الشخص العادي إليها مثل (الفوز، النجاح، المكسب المادي، .....) التوحدي يفتقد للدوافع بسبب عدم تركيزه على المهام التي تقدم له، وتتركز الدوافع بالانشغال بالنشاطات المتكررة التي غالباً ما تكون انعزالية (السعد، ٢٠٠١).

٩. قدرة التوحديين على المحاكاة والتقليد:

إن الأطفال التوحديين لديهم ضعف في استخدام المحاكاة والتقليد مهم نادراً ما يقوموا بذلك بطريقة عفوية مثل الأطفال العاديين الذين يملكون القدرة على المحاكاة والتقليد سواء كان ذلك بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وبتشجيع من المحيطين به أو بدونهم.

قد يقوم بعض التوحديين بتكرار هذه السلوكات إلا أنهم يقومون فقط بأداء صورة طبق الأصل من أفعال الآخرين أو البالغين ليصبح الطفل مثلهم ويكون جزءاً من مجموعتهم. (السعد، ٢٠٠١).

١٠. القدرات الحسية لدى التوحديين:

يظهر الأطفال التوحديين استجابة شاذة وغريبة للمثيرات السمعية واللمسية والبصرية، فإما أن يكونوا شديدي الحساسية أو لديهم قصور في الاستجابة الحسية، وهذا يؤدي إلى حدوث مشكلات في معالجة المدخلات الحسية لدى التوحديين وصعوبة المشاركة في المواقف الطبيعية، فهم يتجنبون أشكال التواصل اللمسي الجسدي، كما أن لديهم حساسية عالية لأصوات محددة عندما يتعرضون لها، لذا نجدهم يغطون على آذانهم أو يظهر عليهم الغضب كردة فعل بعد سماع الأصوات المرتفعة، ولأنهم لا يستجيبون إلى الأصوات كالمناداة، فإن الآباء يعتقدون أنهم صم. والشخص الذي لا يستجيب للأصوات نجده يقوم بردة فعل عند سماعه صوت الطباشير عند الكتابة على اللوح.

عدم الانسياق هذا في الاستجابات قد يكون ناتجاً عن خلل في الإدراك والإحساس. (الزريقات، ٢٠٠٤).

إن العديد من الأطفال التوحديين لديهم القدرة على اكتساب المعلومات من خلال القنوات الحسية ولكن الصعوبة تكون في فهم وتنظيم هذه المعلومات الحسية، لذا نجد أن عالمهم الحسي يشكل لهم نوع من الارباك، مثلا يتولد شعور مزعج من الملمس الذي تتميز به ثيابهم.

المثيرات الحسية للروائح والألم والحرارة:

إحدى الخصائص العامة للأطفال التوحديين هي الافتتان بالروائح وشم الناس، إلا أن بعض الروائح تسبب لهم الإزعاج والإرباك.

المثيرات البصرية:

بعض الأطفال التوحديين يخافون من رؤية الألوان التي تتدفق مع بعضها البعض، وكذلك أشار بعض الأطفال التوحديين أن عيونهم كانت تؤلمهم عندما يرون بعض الإنارة خاصة التي تصدر من النيون.

المثيرات اللمسية لدى الأفراد التوحديين:

يبتعد الأفراد التوحديون عندما يحاول أحد أن يعانقهم لأن العناق يولد لديهم شعور مثير عبر أجسادهم، والشعور بالهرش البسيط والوخز فالتوحديون لا يتحملون أن يلمسهم أحد.

المثيرات الصوتية:

وجد أن بعض الأطفال التوحديين لديهم حساسية وخوف تجاه بعض الأصوات مثل تشغيل محرك السيارة، ورنين الهاتف، (الوردان، ١٩٩٦).

١١. الإدراك لدى الأفراد التوحديين:

إن مستوى ذكاء الذين يعانون من التوحد دون المتوسط لذا نجد أنه من الطبيعي أن يكون لديهم مشاكل في التعلم، وقد يكون لديهم مشاكل في التعلم وقد تكون لديهم أيضاً أنواع من الصعوبات الإدراكية نذكر منها ما يلي:

التتابع لدى الأفراد التوحديين:

أي معرفة ما الذي يفترض أن يحدث أو ما هو متوقع أن يحدث في الخطوة القادمة أو الموقف القادم، لذلك كثيراً ما يقوم الأطفال التوحديين بإثارة الفوضى وذلك لعدم توقعهم الحدث التالي.

فرط الانتقائية للمثير:

يميل التوحديون إلى الاهتمام والتركيز على مصدر واحد مما قد يتعرضوا له من الصور، الأشياء أو المواقف، وقد يستبعدوا بقية المصادر الأخرى المحيطة بمركز اهتمامهم مثلا وجد من خلال رسومات بعض التوحديين أنهم يركزون على جزء دقيق في وجه الشخص مثل حبة الخال. أو يركزون على إحدى عيني محدثهم بدلاً من التركيز على تعابير الوجه.

قدرة التعميم لدى الأفراد التوحديين:

من المعروف لدى الأفراد العاديين عندما يتعلم شيء فإنه يعمم ما تعلمه على المواقف التي تصادفه في الحياة. أما التوحديين فإنهم يفشلون في نقل الخبرات التعليمية إلى المواقف الأخرى المشابهة سواء كانت في المدرسة أو البيت.

الخيال لدى الأفراد التوحديين:

إن إحدى المؤشرات على أن الطفل يعاني من التوحد هي عدم قدرته على التخيل واللعب الرمزي، ويفسر ذلك بسبب فشل الطفل في استخدام القدرات الاستيعابية وتوظيفها مع أنها تتواجد لديه. (الفهد، ١٩٩٩).

١٢. تقييم اللغة للطفل التوحدي من خلال اللعب:

طور هذا المقياس لاستخدامه مع الأطفال من عمر (١-٤) سنوات ويتألف من عدة أمور منها: الألعاب الصغيرة كالحيوانات، الدمى، الأثاث، أدوات المطبخ، ألعاب متنوعة، يتم ملاحظة الطفل ومدى تفهمه وتجاوبه ومدى إدراكه لمواقف اللعب المختلفة وبالتالي التوصل لمدى استيعاب الطفل لسلوك اللعب.

ويعتبر هذا المقياس مفيد من الأطفال التوحديين الذين تنقصهم اللغة التعبيرية بحيث يستخدمون الرموز في التعبير عما يريدون.

أما في اللعب ومهارات التقليد فقد قضى الأطفال التوحديون وقتا أقل في التفاعل مع الألعاب واستخدامها بصورة صحيحة وكذلك حصلوا على نتائج تقليد منخفضة مقارنة

بالأطفال العاديين وهذا الأمر يؤكد دور اللعب ومهارات التقليد في تشخيص الأطفال التوحديين.

(مرجح، ٢٠٠١).

بسم الله الرحمن الرحيم

مقياس تقدير توحد الطفولة

The childhood Autism Rating Scale

أكاديمية التربية الخاصة.

SPECIAL EDUCATION ACADEMY

معهد أبحاث التوحيد

AUTISM RESEARCH INSTITUTE

٤١٨٢ طريق ادم.

سان دايبجو،كاليفورنيا ٩٢١١٦

4182 Adam Ave

San Diego,Ca.92116

U.S.A.

□١. أقل من ثلاثة سنوات.

□٢. بين ثلاث وأربع سنوات

□٣. بين أربع وخمس سنوات

□٤. بين خمس وست سنوات

□٥. أكثر من ست سنوات.

٢- جنس الطفل:

□١. ولد.

□٢. بنت.

٣- ترتيب الطفل وعدد الأطفال لدى الأم:

□١. الطفل الوحيد

□٢. الطفل هو المولود الأول من بين _____ طفلاً.

□٣. الطفل هو آخر مولود من بين ______ طفلاً.

□٤. الطفل مولود في الوسط ويكبره ______ طفلاً، ويقل عنه عمراً ______ طفلاً.

□٥. الطفل بالتبني، أو لا أعرف.

٤- هل كان الحمل والولادة طبيعيين؟

□١. الحمل والولادة كلاهما طبيعيين.

□٢. مشاكل خلال الحمل وكذلك أثناء الولادة □٣. مشاكل أثناء الحمل أما الولادة فكانت روتينية.

□٤. الحمل طبيعي،أما الولادة فقد حدثت أثناءها مشاكل.

□٥. لا أعرف.

> ملاحظة: لقد صممت هذه القائمة أساساً للأطفال الذين تتروح أعمارهم بين ثلاث إلى خمس سنوات، أما إذا كان الطفل أكبر من خمس سنوات فأجب على الأسئلة بما تستطيع تذكره عن سلوك الطفل خلال تلك الفترة

عند الولادة أقل من خمسة أرطال)؟

□١. نعم (قبل موعده بـ ______ أسبوعياً ووزنه ______ رطلاً (الرطل يعادل ٤٥٤ جراماً تقريباً).

□٢. لا

□٣. لا أعرف.

٦. هل أعطى للطفل أكسجين خلال الأسبوع الأول من الولادة:

□١. نعم.

□٢. لا.

□٣. لا أعلم.

٧. شكل وملامح الطفل خلال الأسبوع الأول:

□١. شاحب ضعيف المظهر .

□٢. سليم وصحيح بدرجة غير عادية.

□٣. عادي، أو لا أعلم، أو أخرى.

٨. الظروف غير الطبيعية للولادة وأثناء فترة الرضاعة (أشر فقط على رقم الفقرة):

□١. ظروف غير طبيعية (عمد،شلل مخي ـ ،إصابة أثناء الولادة ـ،تشنجات ـ، حمى شديدة ـ، زرقة ـ، اليرقان ـ، أخرى ـــ).

□٢. توأم (متطابق ـ، غير متطابق ـ).

□٣. الفقرتان (١) و(٢) معاً.

□٤. طبيعي ـ، أو لا أعرف.

٩. هل كانت صحة الطفل خلال الثلاثة أشهر من حياته::

□١ ممتازة ولا توجد مشاكل.

□٢.التنفس (التهابات متلاحقة بالجهاز التنفسي) ـ، أخرى ـ .

□٣. مشاكل جلدية (حكة ـ، التهابات ـحساسية ـ، أخرى ــ).

□٤. التغذية (مشاكل في تعلم الرضاعة ـ، الاستفراغ ـ، أخرى ـ).

□٥.الإخراج (المغص ـ، إسهال ـ، إمساك ـ، أخرى ــ).

□٦مجموعة مما سبق وضح أيهما: (١ ـ، ٢ ـ، ٣ ـ، ٤ ـ، ٥ ـ، ٦ ـ).

١٠. هل سبق عمل تخطيط مخ للطفل (EEG)؟

□١. نعم، وقد أعتبر طبيعياً.

□٢.نعم، وقد كان هناك شك في النتائج.

□٣. نعم، وقد اعتبر غير طبيعي.

□٤. لا، أو لا أدري، أو لا أعرف النتائج.

١١. في السنة الأولى من عمره هل كان الطفل يستجيب للضوء الشديد، أو الألوان الصارخة، أو الأصوات غير العادية، .... الخ؟

□١.استجابة حادة غير عادية (سرور ـ، ضيق ـ).

□٢.عدم استجابة بطريقة غير عادية (عدم تأثر على الإطلاق).

□٣.استجابة عادية، أو لا أعرف.

١٢. هل كان سلوك الطفل عادياً لفترة ما قبل أن يبدأ السلوك المضطرب في الظهور؟

□١. لم يكن سلوكه طبيعياً في أي فترة من حياته.

□٢. كان سلوكه طبيعياً خلال الستة أشهر الأولى من حياته.

□٤. كان سلوكه طبيعياً خلال الثمانية عشر شهراً الأولى من حياته.

□٥. كان طبيعياً خلال العامين الأولين.

□٦. كان طبيعياً خلال الثلاثة أعوام الأولى.

□٧. كان طبيعياً خلال الأربعة أو الخمسة أعوام الأولى.

١٣. عندما كان عمره (٤ إلى ٨ أشهر)، هل كان يظهر رغبة في الاقتراب، أو يهيئ نفسه لكي تحمله أمه عندما تقترب منه؟

□١. نعم، أو أعتقد ذلك.

□٢. لا، لا أعتقد انه فعل ذلك.

□٣. لا، وأنا متأكدة من ذلك.

□٤. لا أدري.

١٤. هل سبق له التأرجح في سريره (حاضنته) عندما كان طفلاً؟

□١. نعم، غالباً.

□٢. نعم، أحياناً.

□٣. لا، أو مرات قليلة جداً.

□٤. لا أدري.

١٥. في أي عام تعلم الطفل على المشي لوحده؟

□١. (٨ – ١٢) شهراً.

□٢. (١٣ – ١٥) شهراً.

□٣. (١٦ – ١٨) شهراً.

□٤. (١٩ – ٢٤) شهراً.

□٥.(٢٥ – ٣٦) شهراً.

□٦.(٣٧ شهراً أو أكثر)، أو لا يستطيع المشي لوحده.

١٦. كيف يمكن وصف تطوره من الحبو إلى

□ ١. نعم، وهذا أمر معتاد بالنسبة له.

□ ٢. نادراً ما يقوم بذلك.

□ ٣. لا يقوم بذلك.

٢٥- في سن (٢-٤) سنوات، هل كان الطفل ينظر من خلال المحيطين به من الناس أو يمشي من خلالهم وكأنهم غير موجودين؟

□ ١. نعم، غالباً ما يفعل ذلك.

□ ٢. نعم، أعتقد أنه قد فعل ذلك.

□ ٣. لا، لم يفعل ذلك.

٢٦- في سن (٢-٥) سنوات، هل كان الطفل يبدي رغبة شديدة في أكل أو مضغ أشياء معينة؟

□ ١. نعم، الملح أو الأكل المالح.

□ ٢. نعم، غالباً ما يمضغ قطعاً حديدية.

□ ٣. نعم، أخرى (ـــ).

□ ٤. نعم، أكثر من واحد (ـ).

□ ٥. لا، أو لست متأكدة.

٢٧- في سن (٢-٤) سنوات، هل كان للطفل عادات غريبة في الأكل مثل: رفض الشرب من الوعاء الزجاجي أو الشفاف، أو أكل الطعام الحار فقط، أو البارد فقط، أو كل نوع واحد، أو نوعان من أنواع الطعام فقط ....الخ؟

□ ١. نعم، بالتأكيد.

□ ٢. لا، أو ليس بدرجة ملحوظة.

□ ٣. لا أدري.

٢٨- هل يمكن وصف طفلك بأنه كان في عمر ثلاث أو أربع سنوات متقوقعاً على نفسه، أو بعيداً عنك إلى الدرجة التي لا تستطيع معها التعامل معه أو الوصول إليه؟

٢٤- في سن (٢-٤) سنوات، هل كان الطفل يستغرق في نشاطات تكرارية أو تأرجحية لفترات طويلة جداً (كالجلوس على الحصان أو الكرسي الهزاز، أو كرسي القفز، أو الأرجوحة)؟

٢٩- في سن (٢-٥) سنوات، هل هو لطيف مع الآخرين؟

□ ١. بالتأكيد، وكان يتعلق بالكبار.

□ ٢. فوق المتوسط (كان يجب أن يُحمل).

□ ٣. لا، بل بالعكس كان عنيداً ويرفض أن يُحمل.

□ ٤. لا أدري.

٣٠- في سن (٣-٥) سنوات، هل كان الطفل يضرب رأسه متعمداً؟

□ ١. لم يسبق له ذلك، أو نادراً ما كان يفعل ذلك.

□ ٢. نعم، كان عادة يضرب رأسه بيديه.

□ ٣. نعم، كان يخبط رأسه في ساق أو رأس شخص آخر في العادة.

□ ٤. نعم، وعادة ما يخبط رأسه في الحائط أو الأرض أو الأثاث ...... الخ.

□ ٥. أكثر من فقرة مما سبق أيها (٢ ـ، ٣ ـ، ٤ ـ).

٣١- في سن (٣-٥) سنوات، كيف كان تناسق الطفل الحركي (الجري – المشي – الاتزان – التسلق)؟

□ ١. رشيق (متناسق) بدرجة ممتازة.

□ ٢. متناسق في حدود الطبيعي.

□ ٣. تناسق دون الحدود الطبيعية بدرجة ما، أو أنه يملك قدرة محدودة جداً في تلك النشاطات.

٣٢- في سن (٣-٥) سنوات، هل كان الطفل يدور على نفسه؟

□١. نعم، هذا وصف مطابق لحالته.

□٢. ربما كان كذلك أحيانا.

□٣. لا تنطبق عليه هذه الصفات.

٣٣- في سن (٣-٥) سنوات، ما هي حدود قدرات الطفل في القيام بأشغال فنية بأصابعه أو اللعب بالألعاب الصغيرة التي تتطلب مهارة يدوية دقيقة؟

□١. لديه قدرات عالية على ذلك.

□٢. لديه قدرات في الحدود الطبيعية لمن هم في سنه؟

□٣. قدرات ضعيفة، أو محدودة جداً.

□٤. لا أدري

٣٤- في سن (٣-٥) سنوات، هل كان الطفل يحب تدوير الأشياء مثل أغطية الزجاجات أو القطع النقدية أو الصواني؟

□١. نعم، وغالباً ما يفعل ذلك لفترات طويلة.

□٢. أحياناً قليلة جداً، أو لا يقوم بذلك.

٣٥- في سن (٣-٥) سنوات، هل كان الطفل يظهر قدرات غير عادية (أفضل من الأطفال في مثل سنه) في أي من المهارات التالية؟

□١. حل الألغاز والمتاهات المعقدة.

□٢. حل المسائل الحسابية.

□٣. معرفة أي يوم من أيام الأسبوع يوافق تاريخاً معيناً.

□٤. معرفة تامة للأنغام الموسيقية.

□٥. قذف و/ أو/ إمساك الكرة.

□٦. أخرى (____).

□٧. أكثر من واحدة مما سبق (أيها _).

□٨. لا توجد مواهب غير عادية لديه أو غير متأكد.

٣٦- في سن (٣-٥) سنوات، هل كان الطفل يقفز إلى

□١. نعم، غالباً ما يقوم بذلك.

□٢. نعم، أحياناً.

□٣. نعم، إذا بدأت له أنت بالحركة.

□٤. لا، ولا يبدي رغبة في الدوران.

□٢. لا، أو نادراً ما يقوم بذلك.

٣٧- في سن (٣-٥) سنوات، هل كان الطفل أحياناً ينسق الأشياء في صفوف منتظمة متراصة ويحرص على أن لا تبعثر ؟

□١. لا، لا يفعل ذلك.

□٢. نعم، كان يفعل ذلك.

□٣. غير متأكد.

٣٨- في سن (٣-٥) سنوات، هل يرفض الطفل استعمال يديه لفترة طويلة من الوقت؟

□١. نعم.

□٢. لا.

٣٩- هل كانت هناك مراحل من الوقت قبل إكمال الطفل للخامسة من عمره يحرص خلالها بشكل غير طبيعي على سماع الأشرطة الموسيقية المسجلة؟

□١. نعم، ويحرص على أشرطة معينة فقط.

□٢. نعم، ولكن ليس هناك تركيز على شريط معين.

□٣. يحب أن يستمع للأشرطة، ولكنه لا يحرص كثيراً على تشغيلها.

□٤. ليست له اهتمامات بالتسجيلات الموسيقية.

٤٠- في سن (٣-٥) سنوات، ما مدى اهتمام الطفل بالأجهزة والأدوات الميكانيكية (كالموقد، والمكنسة الكهربائية)؟

الأعلى والأسفل مرحاً عندما يكون سعيداً؟

□ ١. نعم، وهذا أمر معتاد بالنسبة له.

□ ١. نادراً ما يتضايق، أو لا يهتم على الإطلاق.

□ ٢. أحياناً يبدي شيئاً من الضيق، ولكنه نادراً ما يتضايق بشدة.

□ ٣. عادة ما يكون متضايقاً جداً.

٤٢- في سن (٣-٥) سنوات، هل كان الطفل يتقبل قطع الملبوسات الجديدة (أحذية، رداء، ....الخ)؟

□ ١. عادة يرفض الملابس الجديدة.

□ ٢. لا يبدو مهتماً، أو أنه يستمتع بها.

٤٣- في سن (٣-٥) سنوات، هل يتضايق الطفل من أشياء معينة لكونها غير صحيحة (مثل: شطب في الحائط، أو بقعة على السجادة، أو كتب غير مرتبة على الرف، أو كسر في الكرسي ...... الخ)؟

□ ١. ليس بالضرورة.

□ ٢. نعم، مثل هذه الأشياء تضايقه بشدة.

□ ٣. لست متأكداً.

٤٤- في سن (٣-٥) سنوات، هل يتبنى الطفل عادات غير مألوفة تجعله يتضايق فيما لو لم تتبع (مثل وضع مجموعة من الدمى على سريره بترتيب معين، أو استعمال الطريق نفسه بين مكانين وعدم تغييره إطلاقاً، أو الحرص على استعمال كلمات محدودة بذاتها في مواقف معينة)؟

□ ١. نعم، بالتأكيد.

□ ٢. لست متأكداً.

□ ٣. لا.

□ ١. اهتمام محدود أو غير موجود.

□ ٢. اهتمام عادي.

□ ٣. مولع ببعض هذه الأجهزة.

٤١- في سن (٣-٥) سنوات، كيف يكون رد فعل الطفل عندما تقاطعه أو تزعجه وهو مندمجاً في عما ما؟

□ ٣. صحيح إلى حد ما.

٤٦- في سن (٣-٥) سنوات، هل كان يحب التخريب؟

□ ١. نعم، وهذا كان مشكلة في الحقيقة.

□ ٢. نعم، ولكنه لم يكن يقصد التخريب، ولم يحدث أضراراً كثيرة.

□ ٣. لم يكن يحب التخريب بشكل خاص.

٤٧- في سن (٣-٥) سنوات، هل يبدي الطفل وداعة وتلطفاً جسدياً غير عاديين (تسهل قيادته ويستسلم للضم بين ذراعيك؟

□ ١. نعم

□ ٢. يبدو طبيعياً في ذلك.

□ ٣. لم يكن وديعاً بالتأكيد.

٤٨- في سن (٣-٥) سنوت، أي واحدة، أو مجموعة من الصفات التالية تنطبق على الطفل إلى درجة كبيرة؟

□ ١. نشاط زائد، حركة مستمرة، ينتقل بسرعة من مكان أو موضوع إلى آخر.

□ ٢. يشاهد التلفزيون بهدوء لفترة طويلة.

□ ٣. يجلس لوحده لفترات طويلة يحدق فيها في الفضاء أو يلعب بطريقة تكرارية بأشياء معينة بدون

٤٥- في سن (٣-٥) سنوات، هل يشعر الطفل بضيق عندما تقوم بتغيير أماكن أشياء معينة تعود عليها (مثل: تغيير أماكن الأثاث أو الألعاب، أو تغيير وضعية أبواب معينة بفتحها أو غلقها خلافاً لما تعود عليه)؟

□ ١. لا

□ ٢. نعم بالتأكيد.

٥٠- في سن (٣-٥) سنوات، هل كان الطفل حساساً و/ أو حنوناً؟

□ ١. كان حساساً للانتقادات وحنوناً في نفس الوقت.

□ ٢. كان حساساً للانتقادات ولكنه لم يكن حنوناً.

□ ٣. لم يكن حساساً للنقد، ولكنه كان حنوناً.

□ ٤. لم يكن حساساً للنقد ولم يكن حنوناً؟

٥١- في سن (٣-٥) سنوات، هل كان بالإمكان إثارة انتباه الطفل من مسافة بعيدة أو من وراء نافذة الغرفة؟

□ ١. نعم، وليست في ذلك مشكلة.

□ ٢. نادراً ما كان يرى الأشياء البعيدة من متناول يديه.

□ ٣. كان يفحص الأشياء بأصابعه وفمه فقط.

٥٢- في سن (٣-٥) سنوات، هل كان الأخرون يعتبرون الطفل تبدو عليه الوسامة والجاذبية بشكل خاص؟

□ ١. نعم، فهو طفل وسيم.

□ ٢. لا، كان عادياً.

□ ٣. كان شكله أقل من المستوى العادي.

٥٣- في سن (٣-٥) سنوات، هل يوجه الطفل بصره إلى أعين الناس عندما يتكلمون معه؟

□ ١. أبداً، أو نادراً ما يفعل ذلك.

□ ٢. يفعل ذلك فقط مع والديه.

هدف.

□ ٤. الفقرتان ١ و ٢ فقط.

□ ٥. الفقرتان ٢ و ٣ فقط

□ ٦. الفقرتان ١ و ٣ فقط.

٤٩- في سن (٣-٥) سنوات، هل يبدي الطفل رغبة في تودد الآخرين له؟

□ ١. نعم، بشكل غير طبيعي.

□ ٢. نعم، ولكن بطريقة عادية.

□ ٣. لا يهتم بتودد الآخرين له، ويكون سعيداً عند تركه لوحده.

□ ١. نعم، وهذا أمر معتاد بالنسبة له.

□ ٢. ربما، ونادراً ما يقوم بذلك.

□ ٣.لا

٥٥- في سن (٣-٥) سنوات، أي مجموعة من الصفات التالية تنطبق على الطفل؟

□ ١. مرتبك مهتم بنفسه فقط، اعتمادي قلق.

□ ٢. منعزل، غير مبال، ملتف حول نفسه، بعيد عن الواقع.

٥٦- في سن (٣-٥) سنوات، هل يعاني الطفل من درجة شديدة من الخوف؟

□ ١. نعم، من الغرباء أو من أشخاص معينين.

□ ٢. نعم، من حيوانات معينة، أو الإزعاج، أو أشياء بعينها.

□ ٣. نعم، من كل ما سبق ذكره في ١ و ٢.

□ ٤. نعم، ولكنه خوف عادي.

□ ٥. يبدو جريئاً ولا يعاني من الخوف.

□ ٦. الطفل يتجاهل الأشياء المخيفة أو غير قادر على تمييزها.

□٣. عادة ما يفعل ذلك مع الجميع.

٥٤- في سن (٣-٥) سنوات، هل يأخذ الطفل بيد أحد ممن حوله لاستعمالها في شيء ما (مثل فتح الأبواب، والتقاط البسكويت، أو فتح التلفزيون)؟

□١. نعم، عض وقرص نفسه فقط.

□٢. نعم، عض أو قرص الآخرين فقط.

□٣. نعم، نفسه والآخرين.

□٤. لا، ليست مشكلة يعاني منها.

٥٩- أ- في أي عمر نطق الطفل أولى كلماته (حتى ولو كان قد توقف عن الكلام بعد ذلك)؟

□١. لم يسبق له استخدام الكلمات على الإطلاق.

□٢. (٨-١٢ شهراً).

□٣. (١٣-١٥ شهراً).

□٤. (١٦-٢٤ شهراً).

□٥. (٢-٣ سنوات).

□٦. (٣-٤ سنوات).

□٧. (بعد الأربع سنوات).

□٨. لا أعرف.

٥٩-ب- على الخطوط التالية أكتب أول ست كلمات نطقها الطفل (بالقدر الذي تتذكره):

________ ، __________ ، _________.

________ ، __________ ، _________.

٦٠- قبل عمر (٥ سنوات)، هل بدأ الطفل الكلام ثم توقف عنه مرة أخرى لأسبوع أو أكثر؟

□١. نعم، ولكنه عاد للكلام مرة أخرى (عمره حين توقف ـ) فترة التوقف ـــ.

٥٧- في سن (٣-٥) سنوات، هل يقع على الأرض أو يصاب أثناء الجري أو التسلق؟

□١. كان يميل إلى السقوط والإصابة.

□٢. كان طبيعياً في هذا الموضوع.

□٣. لم يسبق له، أو نادراً ما يعرض نفسه للسقوط.

□٤. رغم قيامه بهذه النشاطات (التسلق والسباحة ....الخ) إلا أنه لا يتعرض للسقوط أو الإصابة.

٥٨- في سن (٣-٥) سنوات، هل يقوم الطفل بعض نفسه، أو قرص جسده أو الآخرين؟

□١. نعم، ولكنه عاد للكلام بعد ذلك (عمره حين توقف ـــ، فترة التوقف ـــ).

□٢. نعم، ومازال يتكلم بالهمس فقط (عمره عند التوقف ـــ).

□٣. لم يعد يتكلم حتى بالهمس في الوقت الحاضر (عمره عند التوقف عن الكلام ـــ، عمره عند التوقف عن الهمس ـــ.

□٤. لا، لم يتوقف عن الكلام منذ بدأ، أو لم يسبق له الكلام.

٦٢- في سن (١-٥) سنوات، كيف كان مستوى نطق الطفل بكلماته الأولى عندما بدأ الكلام، وكيف كان مستوى نطقه للكلمات الصعبة في عمر ٣-٥ سنوات؟

□١. كلام محدود جداً من الصعب تقويمه أو إجابة أخرى ـــــ.

□٢. في المستوى المتوسط أو أقل قليلاً في نطق كلماته الأولى (ألنب بدلاً من أرنب مثلاً)، وضعف

□٢. نعم، ولكنه لم يعد للكلام مرة أخرى (عمره عند التوقف ــــ).

□٣. لا، لم يسبق له التوقف منذ بدأ الكلام، أو لم يسبق له الكلام من قبل.

٦١- قبل عمر (٥ سنوات)، هل سبق للطفل الكلام ثم توقف، ثم بدأ في الهمس بدلاً من الكلام لأسبوع أو أكثر؟

□١. كان يشير إلى أشياء كثيرة أسميها له، ولكنه لا يتكلم أو غير قادر على التواصل مع الآخرين.

□٢. كان يسمى أشياء كثيرة بشكل صحيح، ولكنه غير قادر على التواصل الكلامي.

□٣. قدرته على التواصل جيدة، وهي في حدود ما نتوقعه من عدد الكلمات التي يعرفها.

٤. لا يستعمل الكلمات، أو أنه غير قادر على فهمها.

٦٤- عندما نطق الطفل جملته الأولى، هل كنت مستغرباً من أنه استعمل في هذه الجملة كلمات لم يسبق له استعمالها مفردة من قبل؟

□١. نعم، مثل: (ــــ)

□٢. لا □٣. لست متأكداً.

□٤. كلام محدود جداً، تصعب الإجابة.

٦٥- كيف كان الطفل يشير إلى نفسه عندما بدأ تعلم الكلام؟

□١. (أحمد) يسقط على الأرض، (الوالد) أو (الطفل) يسقط على الأرض.

□٢. (أنا) أسقط على الأرض.

□٣. (هو – أنه) أو (هي – أنها) تسقط على الأرض.

□٤. (أنت) تسقط على الأرض.

في نطقه في سن ٣-٥ سنوات.

□٣. في مستوى متوسط أو أقل قليلاً في نطق كلامته الأولى، وكان نطقه غالباً جيد في سن ٣-٥ سنوات.

□٤. نطق جيد للكلمات الأولى، وعادي أو أقل قليلاً في سن ٣-٥ سنوات.

□٥. نطق جيد للكلمات الأولى، وكذلك في سن ٣-٥ سنوات.

٦٣- في سن (٣-٥) سنوات، هل كان محصول الطفل اللغوي (عد الأشياء التي يمكنه تسميتها والإشارة إليها بشكل صحيح) غير قابلة للمقارنة مع قدرته الكلامية في التواصل (الإجابة على الأسئلة أو الأخبار بشيء ما)؟

□١. نعم، بالتأكيد، عدى إخراج الكلام بصوت خشن كصوت الببغاء.

□٢. نعم، بالتأكيد، بما في ذلك الكلام بصوت خشن.

□٣. لست متأكداً.

□٤. لا.

□٥. حصيلة الطفل الكلامية محدودة جداً ولا يمكن الحكم عليها.

٦٧- قبل عمر (٥ سنوات)، هل يستطيع الطفل الإجابة على أسئلة بسيطة مثل: (ما اسمك، أو لماذا ضربت أمك، أخاك)؟

□١. نعم، يجيب بطريقة صحيحة.

□٢. لا، فهو وإن كان قادراً على الكلام إلاّ أنه غير قادر على الإجابة.

□٣. كلام محدود جداً يصعب تقويمه.

□٥. الفقرات ١ و ٢ و/ أو ٣.

□٦. لم يتكلم أو كلام محدود حتى الآن.

٦٦- في سن (٣-٥) سنوات، هل يعيد الطفل كلمات أو جمل سبق له تعلمها في الماضي (بما عن طريق إخراج صوت أجش مثل صوت الببغاء) وليس لهذه الكلمات أو الجمل ارتباط مباشر أو ارتباط على الإطلاق بالمواقف التي قيلت فيها؟

□٣. لا يعيد ما سمعه فقط، وإنما يفهم ما يقوله ولكن ليس بدرجة كبيرة.

□٤. لا يوجد شك في أنه يفهم ما يقوله.

٧٠- قبل عمر (٥ سنوات)، هل كان الطفل يستعمل كلمة (نعم)؟

□١. يستعمل كلمة (نعم) عادة بشكل صحيح.

□٢. قليلاً جداً ما يستعمل كلمة (نعم).

□٣. سبق له نطق بعض الجمل، ولكنه لم يستعمل كلمة (نعم).

□٤. سبق له نطق كلمات واصطلاحات أخرى، ولكنه لم يسبق له استعمال كلمة (نعم).

□٥. لا يتكلم، أو كلام محدود جداً يصعب تقويمه من خلاله.

٧١- في سن (٣-٥) سنوات، هل يجيب الطفل ب (نعم) عادة عن طريق إعادة نفس السؤال الذي سئل أياه، مثل عندما تسأله هل ترغب أن نتمشى يا صغيري؟) ويشير في رغبته في المشي بقوله (هل ترغب أن نتمشى يا صغيري؟) أو (هل ترغب أن نتمشى؟):

٦٨- قبل عمر (٥ سنوات)، هل كان بمقدور الطفل استيعاب ما تقوله له، وذلك من خلال قدرته على تنفيذ التعليمات أو إجابة الأسئلة؟

□١. نعم، يفهم بطريقة جيدة.

□٢. نعم، يفهم بطريقة مقبولة

□٣. يفهم بشكل بسيط إذا كررت له التعليمات مرة واثنين ....الخ.

□٤. فهم محدود جداً لا يعتبر، أو عدم فهم على الإطلاق.

٦٩- قبل عمر (٥ سنوات)، في حالة إذا كان الطفل يتكلم، هل تعتقد بأنه يفهم ما يقوله؟

□١. لا يتكلم بدرجة جيدة ليمكن تحديد مدى فهمه لما يقول.

□٢. لا، وهو فقط يعيد ما سبق له سماعه مع عدم الفهم أو فهم محدود جداً وبصعوبة.

تريد الحصول على بعض الحليب) أو (أنت تريد بعض الحليب وهو يقصد نفسه)؟

□١. نعم، فهو بالتأكيد يستعمل كلمة (أنت) بدلاً من (أنا).

□٢. لا، فهو يسأل بطريقة مختلفة.

□٣. لست متأكداً.

□٤. قدرته الكلامية لا تمكن من الحكم عليه.

٧٣- قبل عمر (٥ سنوات)، هل استعمل الطفل كلمة (أنا)؟

□١. يستعمل كلمة (أنا) بشكل مستمر وبطريقة صحيحة.

□٢. يستعمل كلمة (أنا) نادراً، ولكن استعماله لها صحيح.

□١. نعم، بالتأكيد، فهو لا يقول (نعم) مباشرة.

□٢. لا، فهو يقول (نعم) أو (لا مانع) أو إجابات مماثلة.

□٣. لست متأكداً.

□٤. كلامه محدود ولا يمكن الحكم عليه.

٧٢- قبل عمر (٥ سنوات)، هل يطلب الطفل أشياء باستعمال نفس الجملة التي تستعملها أنت لسؤاله عما إذا كان يريد هذه الأشياء، (مثل أن يقول: عندما يريد الحصول على حليب (هل

□٦. أخرى، أو كلامه محدود مما يجعل من الصعب الحكم عليه.

٧٥- قبل عمر (٥ سنوات)، هل يستعمل الطفل كلمة أو فكرة كبديل لأخرى ويصر عليها لفترة طويلة، مثل استعمال كلمة (كتشاب) بدلاً من (أحمر) أو (قلم) للإشارة إلى طاولة المكتب لأنه رأى فيها قلماً؟

□١. نعم بالتأكيد □٢. لا

□٣. لست متأكداً.

□٤. كلام محدود صعب الحكم عليه.

٧٦- مما تعرفه الآن، في أي عمر تعتقد بأنك يمكن أن تلاحظ للمرة الأولى بأن سلوك الطفل غير طبيعي، ومتى بدأ فعلاً سلوك الطفل غير الطبيعي بالظهور؟ تحت الفقرة "أ" أشر على العمر الذي تتوقع أن بإمكانك ملاحظته فيه، وأشر تحت الفقرة "ب" على العمر الذي لاحظته فيه فعلاً).

"أ" "ب"

□١. الثلاثة أشهر الأولى □

□٣. يستعمل جملاً، ولكنه لم يستعمل كلمة (أنا).

□٤. يستعمل عدداً من الكلمات ولكنه لا يستعمل كلمة (أنا).

□٥. يستعملها بدلاً من (أنت).

□٦. لا يتكلم أو لا يمكن الحكم عليه.

٧٤- قبل عمر (٥ سنوات)، كيف يقول الطفل كلمة (لا) أو يعبر عن رفضه لشيء ما؟

□١. هو فقط يقول (لا).

□٢. هو فقط يتجاهلك.

□٣. يتمتم بشفتيه ويهز يديه علامة الرفض.

□٤. يستعمل اصطلاحات تعني الرفض مثل (لا أريده) أو (لا حليب) أو (لا مشي).

□٥. يستعمل اصطلاحات تشير إلى معنى خاص فقط مثل (بابا يذهب إلى السيارة).

٧٧	٧٨	
□	□	٢. الثانوية العامة (البكلوريا).
□	□	٣. تدريب مهني بعد الثانوي
□	□	٤. دراسات جامعية لم تنته بالبكالوريس
□	□	٥. خريج جامعة
□	□	٦. دراسة بعد الجامعة لم تنته بشهادة.
□	□	٧. درجة دراسات عليا (نوعها: ــــــ).

٧٩- أذكر أقارب الدرجة الأولى للطفل – بما فيه الأبوين – الذين أدخلوا مستشفى الأمراض العقلية، أو عرف عنهم بأنهم مصابون باضطرابات عقلية أو

□٢. (٤ – ٦) أشهر □

□٣. (٧ – ١٢) أشهر □

□٤. (١٣ – ٢٤) شهراً □

□٥. (سنتين – ٣ سنوات) □

□٦. (٣ – ٤ سنوات) □

□٧. بعد أربع سنوات □

٧٧–٧٨– أعلى مستوى تعليمي للوالدين (٧٧ للوالد – ٧٨ للأم).

٧٧ ٧٨

□ □ ١. لم ينه المرحلة الثانوية (البكلوريا).

تخلف عطي شديد، ويشمل ذلك (الأبوين والأجداد والأخوان والأعمام، العمات، والأخوال، الخالات):

إذا لم ينطبق على أحد منهم ما ذكر، أشر هنا □

العلاقة بالطفل التشخيص (إن عرف)

□١. ــ انفصام/ اكتئاب/ آخر ــ

□٢. ــ انفصام/ اكتئاب/ آخر ــ

□٣. ــ انفصام/ اكتئاب/ آخر ــ

□٤. ــ انفصام/ اكتئاب/ آخر ــ

□٥. ــ انفصام/ اكتئاب/ آخر ــ

النموذج (إي-٢) الجزء الثاني
E – 2 FORM, PART "2"

نرجو الإجابة على الأسئلة التالية بكتابة الرقم (١) إذ انطبقت الفترة تماماً على الطفل، والرقم (٢) إذا كانت الفقرة تنطبق إلى حد ما على الطفل ويكتب الرقم (٣) إذا كانت الفقرة لا تنطبق على الطفل، وذلك على الخط الذي يسبق كل فقرة.

فيما عدا الفقرتين الأولى والثانية، واللتان تتعرضان للطفل قبل عمر السنتين، أجب بـ (تنطبق تماماً "١") أو (تنطبق "٢")، أو (لا تنطبق "٣") من خلال حياة الطفل قبل إكماله سن العشرة سنوات، ويجاب فقط ب (لا تنطبق) إذا لم تنطبق على الطفل قبل إكماله سن العشرة سنوات.

تذكر قبل الإجابة:

١. تنطبق تماماً – قبل إكماله العاشرة.

٢. تنطبق إلى حد ما – قبل إكماله العاشرة.

٣. لا تنطبق – قبل إكمال الطفل للعاشرة من عمره.

* * *

٨٠- ☐ قبل عمر سنتين – كان يقوس ظهره للخلف، ويضغط برأسه للوراء عندما يُحمل.

٨١- ☐ قبل عمر سنتين – كان يمانع بشدة من أن يُحمل.

جميع الأسئلة اللاحقة تناقش وضع الطفل منذ الولادة وحتى إكماله سن العاشرة.

٨٢- ☐ نهم غير طبيعي لأنواع معينة من الأطعمة.

٨٣- ☐ يأكل كمية كبيرة من الطعام بشكل غير طبيعي.

٨٤- ☐ يسد أذنيه عند سماعه أنواعاً كثيرة من الأصوات.

٨٥- ☐ أصوات معينة فقط تضايقه جداً.

٨٦- ☐ لا يرمش بعينيه في الأضواء الباهرة.

٨٧- ☐ لون بشرة جلده أغمق أو أفتح من بقية أفراد العائلة (أفتح ــ، أغمق ــ)

٨٨- ☐ يفضل الدمى والأشياء الجامدة (غير الحية).

٨٩- ☐ يتحاشى الناس

٩٠- ☐ يصّر على الاحتفاظ بأشياء معينة معه دائماً.

٩١- ☐ دائماً خائف أو قلق.

٩٢- ☐ تنتابه حالات بكاء يصعب إيقافها.

٩٣- ☐ يلاحظ التغييرات والأخطاء ويحاول إصلاحها.

٩٤- ☐ منظم (أنيق ويتحاشى الفوضى).

٩٥- ☐ يجمع أشياء معينة (خيول لعب، حيوانات أليفة، قطع زجاجية ......الخ).

٩٦- ☐ يتوقف لفترة عن الكلام، ومن ثم يعيد قول مصطلحات سبق له سماعها.

٩٧- ☐ يتوقف لفترة عن الكلام، ومن ثيم يعيد قول جمل كاملة سبق له سماعها.

٩٨- ☐ يعيد ذكر أسئلة أو مناقشات سبق له سماعها، مرات ومرات، دون تغيير.

٩٩- ☐ يربط نفسه بموضوع واحد بشكل غير عادي (مثل السيارات، الخرائط، الموت، أو خلاف ذلك).

١٠٠- ☐ يفحص أسطح الأشياء بأصابعه

١٠١- ☐ يتمسك بوضعيات غريبة يقوم بها بوجهه أو جسده.

١٠٢- ☐ يمضغ أو يبتلع أشياء غير مخصصة للأكل.

١٠٣- ☐ لا يحب أن يُمسك به أو أن يُحمل.

١٠٤- ☐ حساس جداً للرائحة الكريهة.

١٠٥- ☐ يخفي قدرات أو معارف معينة، ويجعلك تفاجأ بها عند قيامه بها في وقت لاحق.

١٠٦- ☐ يبدو وكأنه لا يشعر بالألم.

١٠٧- ☐ يبدي رعباً شديداً في الحوادث والمواقف غير العادية.

١٠٨- ☐ تعلم كلمات غير مفيدة بالنسبة له.

١٠٩- ☐ تعلم كلمات معينة، وثم توقف عن استعمالها.

الرجاء استعمال بقية هذه الورقة لتزويدنا بأي معلومات إضافية ترى أن لها فائدة في فهم أسباب مرض الطفل أو تشخيص حالته

هذه القائمة نسخة كاملة تم تعديلها وتنقيحها من قبل

أكاديمية التربية الخاصة لترجمة قام بها في الأصل د. إبراهيم الفوزان

النموذج (إي-٢) الجزء الثالث
E – 2 FORM, PART "3"

تقييم فعالية العلاج

الأبوين الأعزاء:

تعتبر خبرة الأبوين وتجربتهما أحد مصادر المعلومات القيمة جداً في تقييم أساليب العلاج المختلفة، إن معهد أبحاث التوحد يرحب بمساعدتكم في تقييم الأنماط المختلفة للعلاج بما في ذلك العقاقير المستخدمة في علاج التوحد. يرجى المساعدة بإكمال هذا النموذج وإرساله إلى معهد أبحاث التوحد، وسوف نقوم بتلخيص النتائج على شكل مبسط حيث سيتم نشره في عدد من المنشورات الطبية، مثل نشرة (Advocate) التي تصدر عن الجمعية الأمريكية للتوحد.

إن زيادة المعلومات المتوفرة لدينا سوف تعمل على جعل نتائج العلاج أكثر وضوحاً لذلك نرجو إكمال هذا النموذج وإرساله إلينا، كما يرجى من الآباء والمختصين في مجال التوحد تصوير هذا النموذج وتوزيعه على المعنيين.

التأثير على السلوك

ضع علامة(×) لبيان أثر كل من العقاقير أو العلاج المتبع على السلوك

أولاً: العقاقير الطبية:

إذا استخدم العقار كعلاج للتشنجات ضع علامة "X" لبيان الأثر على السلوك التوحدي وعلامة "O" لبيان التحسن في علاج نوبات التشنجات.

< أسوأ ....أفضل>

The Drug	مساعد بشكل كبير	بعض التحسن	ربما يساعد	لا أثر محدد	أسوأ بقليل	أسوأ بكثير	العقار الطبي المستخدم
1. Amphetamine							١- الأمفيتامين (ديكسيدرين)
2. Anafranil							٢- الأنافرانيل
3. Atarax/Vistaril							٣- الأتاركس/ فيستاريل (هايدوكسيزين)
4. Benadryl							٤- البينادريل
5. Beta blicker							٥- مجموعة بيتا (بروبرانولول، كورجارد)
6. Buspar							٦- البيوسبار
7. Chhlrad Hydrate							٧- هيدرات الكلورال
8. Clomiprmine							٨- الكلوميبرامين
9. Clonidine							٩- الكلونيدين
10. Clozapine							١٠- الكلو زابين
11. Cogentin							١١- الكوجنتين

12. Cylert (Pemoline)							١٢- السيلرت (بيمولين)
13. Deanol (Deaner)							١٣- الدينول Deanol
14. Depakene (Valporic Acid)							١٤- الديباكيني (الحمض الفلبوري)
15. Dilantin							١٥- الديلانتين
16. Fenfluramine (Pondirmin)							١٦- الفنفلورامين (البونديمين)
17. Haldol (Haloperidol)							١٧- الهالدول (الهالوبيريدول)
18. Lithium							١٨- الليثيوم
19. Mellaril							١٩- الميلاريل
20. Mysoline							٢٠- الميسولين
21. Nalturexone (Trexan)							٢١- النالتريكسون (التريكسان)
22. Nystation (Keloconazole)							٢٢- النيستاتين (الكيتوكونازول)
23. Phenergan							٢٣- الفينيرجان
24. Phenobarbital (Luminal)							٢٤- الفينوباربيتال (اللومينال)
25. Prolixin							٢٥- البروليكسين
26. Prozac							٢٦- البروزاك
27. Ritalin							٢٧- الريتالين
28. Stelazine							٢٨- الستيلازين
29. Tegretol							٢٩- التجريتول
30. Thhorazine							٣٠- الثورازين (الكلوربرومازين)
31. Tofranil (Imipraamine)							٣١- التوفرانيل
32. Valium (Diazepam)							٣٢- الفاليوم (الديازيبام)
33. Zarontin							٣٣- الزارونتين
34. Other _							٣٤- أخرى ـــ
35. Other _							٣٥- أخرى ـــ

ثانياً: الحساسية أو النظام الغذائي:

مساعد بشكل كبير	بعض التحسن	ربما يساعد	لا أثر محدد	أسوأ بقليل	أسوأ بكثير	
						٣٦- حمية الكانديدا Candida Diet
						٣٧- حمية الفين جولدا Feingold
						٣٨- حمية التعاقب
						٣٩- تجنب مشتقات الحليب

٤٠- تجنب القمح						
٤١- تجنب السكر						
٤٢- تجنب الشوكولاته						
٤٣- تجنب البيض						
٤٤- تجنب أطعمة أخرى ــ						
٤٥- أطعمة أخرى ــ						
٤٦- عناصر غذائية أخرى ــ						
٤٧- أخرى ــ						
٤٨- فيتامين ب٦ فقط.						
٤٩- مغنيسيوم فقط						
٥٠- فيتامين ب٦ ومغنيسيوم						
٥١- ديمثلقلاين (DMG)						
٥٢- فولك أسيد						
٥٣- فيتامين ب٣ (نايسن/ نايسنمايد)						
٥٤- فيتامين ج (C)						
٥٥- زنك						
٥٦- كالسيوم						
٥٧- عناصر غذائية أخرى ــ						
٥٨- أخرى ــ						
٥٩- أخرى ــ						

ثالثاً: علاجات/ حالات متنوعة:

	أسوأ بكثير	أسوأ بقليل	لا أثر محدد	ربما يساعد	بعض التحسن	مساعد بشكل كبير
٦٠- تعديل السلوك						
٦١- المحاكاة (أسلوب دومان - ديلاكاتو)						
٦٢- العلاج بالإمساك						
٦٣- عملية الاختيار						
٦٤- طريقة برارد للعلاج السمعي						
٦٥- طريقة توماتس للعلاج السمعي						
٦٦- العلاج المهني						
٦٧- التكامل الحسي						

٦٨- العلاج بالنطق						
٦٩- حقنة جلوبيولين الثلاثية						
٧٠- حقنة (DPT)						
٧١- الحصى الشديدة						
٧٢- أخرى ــــ						
٧٣- أخرى ــــ						
٧٤- أخرى ــــ						

لإضافة مزيد من المعلومات عن العقارات الطبية أو العلاجات الأخرى مثلاً "الدواء X جعل الطفل أفضل لمدة ثلاثة أسابيع ثم انقطع تأثيره" يرجى وضع دائرة حول رقم الدواء أو العلاج وكتابة المعلومات أسفله أو على ورقة أخرى.

قائمة تقدير الطفل التوحدي

اسم الطفل : ــــــــ

الجنس: ــــ الجنسية: ــــ

تاريخ الولادة: يوم ـ شهر ــ سنة ــــ

تاريخ الالتحاق بالمركز: يوم ـ شهر ــ سنة ــــ

تاريخ تطبيق المقياس : يوم ـ شهر ــ سنة ــــ

اسم المقيمة : ــــــــ

اسم المشرفة: ــــــــ

سلم تقدير الدرجات للأبعاد (الفقرات)

رقم الفقرة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع الكلي
الدرجة																

المجموع الكلي (التقدير الكلي)

التعليمات:

١. لابد من وجود فترة ملاحظة تسبق تطبيق فقرات المقياس على الطفل.
٢. كتابة الملاحظات الهامة على كل فقرة في المكان المخصص له، وذلك بعد ملاحظة الطفل بشكل كاف.
٣. بعد الانتهاء من فترة الملاحظة لابد من تقدير الصفة الخاصة بكل فقرة بناء على درجة تواجدها عند الطفل.
٤. يوضع دائرة حول الدرجة التي يعتقد أنها مناسبة أكثر لوصف درجة السلوك الموجودة عند الطفل.
٥. إذا كنت تعتقد أن سلوك الطفل يقع بين درجتين، فيمكن استخدام الدرجات النصفية مثل (١.٥، ٢.٥، ٣.٥).

أولاً: العلاقة مع الآخرين: Relating To People

١. لا يوجد أي دلالة أو صعوبة في التعامل مع الآخرين:

بالنسبة لسلوك الطفل فإنه يكون مناسبا للمرحلة العمرية، وهناك بعض الحياء، ويمكن أن يلاحظ على الطفل نوبات غضب أو إزعاج ولكن ليس بالدرجة الشاذة.

٢. علاقات غير عادية بدرجة بسيطة:

يتجنب الطفل النظر في عيون الأخرين، ويصبح سريع الغضب إذا ما تم مواجهته، ويظهر ردود فعل قوية، ولا يوجد لديه استجابات طبيعية مثل الأخرين، ويظهر تعلق بوالديه أو أحدهما في بعض الأحيان أكثر من الأطفال في نفس سنه.

٣. علاقات غير عادية بدرجة متوسطة:

يبدي الطفل الانعزال في معظم الأوقات، ويحتاج إلى محاولات عديدة لدفعه على الاستجابة، وجعله أكثر مثابرة، وفي الأغلب لا يبادئ في إقامة علاقات مع الأخرين إلا بدرجة بسيطة.

٤. علاقات غير عادية بدرجة شديدة:

باستمرار لا يظهر الطفل أي اهتمام أو مبالاة لما يفعله الأخرين، وفي الأغلب لا يستجيب ولا يكون لديه المبادأة لعمل تواصل مع الأخرين، ويحتاج إلى درجة كبيرة جداً من الحث والتحفيز للتأثير عليه.

- ملاحظات:

____

____

ثانياً: التقليد: Imitation

١. التقليد المناسب:

يستطيع الطفل أن يقلد الأصوات والكلمات والحركات، والتي تعتبر مناسبة لمستوى المهارات التي يتقنها في تلك المرحلة.

٢. التقليد غير العادي من الدرجة البسيطة:

يقلد الطفل بعض السلوكيات (الحركات) البسيطة مثل التصفيق أو إخراج أصوات منفردة في أغلب الأوقات، ويحتاج في بعض الأحيان إلى حث مستمر، وكذلك فإنه يمكن أن يقلد بعد فترة من الوقت وليس بشكل مباشر .

٣. التقليد غير العادي من الدرجة المتوسطة:

يقلد الطفل لجزء من الوقت ويكون ذلك بحاجة إلى جهد كبير ومثابرة وإصرار من قبل الآخرين، ويمكن أن يقلد الطفل بعد محاولات عديدة ولفترات متأخرة.

٤. التقليد غير العادي من الدرجة الشديدة:

نادراً ما يقوم الطفل، أو لا يقوم بتقليد الأصوات أو الحركات، حتى وإن كان هناك حث أو مساعدة من قبل الآخرين.

- ملاحظات:

____

____

ثالثاً: الاستجابة الانفعالية: Emotional Response

١. استجابة انفعالية مناسبة للمواقف والعمر :

يوجد لدى الطفل تناسب في الاستجابات الانفعالية، ودرجة الاستجابة تشير إلى القدرة على التكيف مع تغير الخبرات الخاصة والحالة المزاجية والتصرفات التي يقوم بها الطفل، وهي تتناسب مع العمر الزمني للطفل.

٢. استجابات انفعالية غير عادية من الدرجة البسيطة:

يظهر الطفل أحياناً درجات غير مناسبة للاستجابة الانفعالية، وورود الفعل أحياناً تكون غير متصلة بالأشياء أو الأحداث من حوله.

٣. استجابات انفعالية غير عادية من الدرجة المتوسطة:

يظهر الطفل إشارات واضحة تماماً بأن هناك عدم تناسب في نوع ودرجة الاستجابة الانفعالية، ويمكن أن تكون ردود الأفعال غير موجودة، أو زائدة وغير متصلة في الموقف مثل البكاء، الضحك، القسوة مع أنه لا يوجد سبب واضح لهذه الانفعالات سواء من قبل أشياء أو أحداث.

٤. استجابات انفعالية غير عادية من الدرجة الشديدة:

الاستجابات نادراً ما تكون مناسبة للموقف، ويمكن أن يكون لأحدهم مزاج محدد، ومن الصعب تفسيره، ويمكن أن يظهر لدى الطفل انفعالات مختلفة وشاذة، وذلك حتى في حال عدم تغير أو حدوث أي شيء.

- ملاحظات:

رابعاً: استخدام الجسم: Body Use

١. استخدام الجسم بشكل مناسب للعمر :

عادة تكون حركات الجسم رشيقة وسهلة وكذلك يوجد تناسق، وتكون مشابهة للأطفال في نفس العمر .

٢. استخدام غير عادي للجسم من الدرجة البسيطة:

هناك حركات ثانوية وغريبة وتوصف بأنها شاذة، وغير ملائمة مثل الحركات التكرارية، والتناسق الضعيف، وأحياناً درجات عالية من الحركات غير الطبيعية.

٣. استخدام غير عادي للجسم من الدرجة المتوسطة:

السلوكيات تكون عادة غريبة وغير عادية، وتتصف بأنها لا تتناسب مع العمر، وتظهر في حركات الأصابع، وفي وضع الأصابع أو الجسم، وإيذاء الذات، والهز، والدوران، والالتفاف (الالتواء)، والمشي على رؤوس الأصابع.

٤. استخدام غير عادي للجسم من الدرجة الشديدة:

تتصف حركات الجسم بأنها حادة وقوية ومتتالية، وتبدو أنها أكثر شدة وغير عادية في استخدام الجسم، ويمكن لهذه الحركات أن تستمر بالرغم من محاولة الحد منها أو إشغال الطفل في نشاطات أخرى.

- ملاحظات:

خامساً: استخدام الأشياء: Object Use

١. الاستخدام المناسب والاستمتاع بالألعاب والأشياء الأخرى:

يظهر الطفل اهتماما عاديا بالأشياء والألعاب، ويستطيع أن يلعب بها ويتعامل معها بطريقة مناسبة وملائمة لعمره.

٢. الاستخدام والاستمتاع غير المناسب في الألعاب والأشياء الأخرى من الدرجة البسيطة:

ويمكن أن يظهر الطفل اهتماما شاذا وغير طبيعي مقارنة بالأطفال من نفس عمره، مثل أن يضرب الألعاب بعنف، أو يمض الألعاب.

٣. الاستخدام والاستمتاع غير المناسب للألعاب والأشياء الأخرى من الدرجة المتوسطة:

يمكن أن يظهر الطفل اهتماماً بسيطاً أو قليلاً بالألعاب أو الأشياء، ويمكن أن ينشغل في استخدام شيء أو لعبة بطريقة غريبة، ويمكن أن يركز على جزء من اللعبة، أو ألعاب تعكس الإضاءة، وأن يحرك أجزاء من اللعبة، أو يلعب بلعبة معينة طوال الوقت.

٤. الاستخدام والاستمتاع غير المناسب للألعاب والأشياء الأخرى من الدرجة الشديدة:

ربما يكون الطفل مشغولاً بشكل أكبر وأقوى في نفس السلوكيات مع درجة كبيرة من الاستمرارية والشدة، ومن الصعب أن يتم تحويل (صرف) الانتباه بالنسبة له عن الشيء الذي يريده.

- ملاحظات:

____

سادساً: التكيف للتغيير : Adaptation to Change

١. الاستجابة للتغيير مناسبة لعمر الطفل:

يلاحظ الطفل أن هناك تغير في الروتين، ولكن ذلك لا يؤثر عليه ولا يسبب له إزعاج وعادة ما يقبل التغيير .

٢. تكيف غير مناسب بدرجة بسيطة للتغيير :

عندما يتم محاولة تغيير المهارات أو المهمات، فإن الطفل يحاول العودة إلى نفس النشاطات أو نفس المواد والأشياء.

٣. تكيف غير مناسب بدرجة متوسطة للتغيير :

يصر الطفل على عدم التغيير، ويحاول الاستمرار في نفس النشاطات القديمة وتوجد لديه صعوبة في التغيير، ويمكن أن يغضب أو يبدو حزيناً ومستاء عندما يتم تعديل أو تغيير الروتين.

٤. تكيف غير مناسب بدرجة شديدة للتغيير :

يظهر الطفل ردود فعل شديدة إذا ما تم تغيير الروتين، وإذا كان التغيير إجبارياً فإن الطفل يظهر نوبات أشد من الغضب وعدم التعاون، ويصبح أكثر عدوانية.

- ملاحظات:

____

سابعاً: الاستجابة البصرية: Visual Response

١. استجابة بصرية مناسبة للعمر :

تكون الاستجابة البصرية عادية ومناسبة لعمر الطفل، ويستخدم البصر في استكشاف الأشياء الجديدة، وكذلك يستخدم البصر مع باقي الحواس الأخرى.

٢. استجابة بصرية غير عادية من الدرجة البسيطة:

الطفل بحاجة إلى تركيز للنظر إلى الأشياء، ويظهر الطفل اهتمامات في النظر إلى المرآة أو الصور مقارنة بالنظر إلى الأشياء الأخرى، وربما يحدق في الفضاء، وربما أيضاً يتجنب النظر إلى الآخرين.

٣. استجابة بصرية غير عادية من الدرجة المتوسطة:

يحتاج الطفل إلى تذكير متتال (مستمر) للنظر إلى ما تم عمله، وربما يحدق في الفضاء، ويتجنب النظر في عيون الآخرين، ويرى الأشياء من جوانب وزوايا غير عادية، وربما يمسك الأشياء ويقربها إلى عينية بدرجة كبيرة.

٤. استجابة بصرية غير عادية من الدرجة الشديدة:

يظهر الطفل عدم رغبة وتجنب دائم للنظر إلى أشياء محددة أو الآخرين، ويظهر الطفل استجابات بصرية غريبة وبشكل يصعب وصفه.

- ملاحظات:

____

ثامناً: الاستجابة السمعية: Listing Response

١. استجابة سمعية مناسبة لعمر الطفل:

يستجيب الطفل للمثيرات السمعية بشكل مناسب لعمره، ويتم استخدام السمع مع الحواس الأخرى.

٢. استجابة سمعية غير عادية من الدرجة البسيطة:

ربما يكون لدى الطفل ضعف في الاستجابة للسمع، أو ردود فعل مبالغ فيها بشكل بسيط لبعض الأصوات، أو أن تكون الاستجابة للأصوات متأخرة، ويمكن أن يكون بحاجة إلى تكرار للأصوات لجذب الانتباه، ويظهر اضطرابه لسماع أصوات مزعجة أو غير مألوفة.

٣. استجابة سمعية غير عادية من الدرجة المتوسطة:

يستجيب الطفل للأصوات بشكل متفاوت، ففي بعض الأحيان يظهر الطفل التجاهل للأصوات للمرات الأولى القليلة من حدوث الصوت، وربما يجفل (يخاف) أو يغطي أذنيه لسماعه بعض الأصوات.

٤. استجابة سمعية غير عادية من الدرجة الشديدة:

يظهر الطفل ردود فعل كبيرة جداً، أو لا يظهر ردود فعل بالنسبة للأصوات وبدرجة ملحوظة، وبإفراط، ويكون كذلك غير مبال بنوع الأصوات التي يسمعها.

- ملاحظات:

____

____

تاسعاً: استجابات اللمس والشم والتذوق واستخدامها: Taste, Smell, And Touch Response And Use

١. الاستجابة والاستخدام الطبيعي للتذوق والشم واللمس:

يستكشف الطفل الأشياء الجديدة بطريقة مناسبة لعمره في الوضع الطبيعي ويكون ذلك بالإحساس والنظر ، ويتم استخدام التذوق والشم في المواقف المناسبة، وعندما يحدث رد فعل بالنسبة لمواقف مثل الألم أو خبرة مزعجة، فإن ذلك لا يكون زائدا عن الحد الطبيعي.

٢. الاستجابة والاستخدام غير العادي للتذوق والشم واللمس بدرجة بسيطة:

ربما يقوم الطفل بالإصرار على وضع الأشياء في فمه، أو يقوم بتذوق أو شم الأشياء غير القابلة للأكل، وربما يظهر ردود فعل شديدة أو إهمال للآلام البسيطة التي قد تكون بمثابة خبرة مزعجة للأطفال العاديين.

٣. الاستجابة والاستخدام غير العادي للتذوق والشم واللمس بدرجة متوسطة:

ربما يظهر انشغال الطفل بدرجة متوسطة فيما يتعلق باللمس – الشم – التذوق بالنسبة للأشياء أو الأشخاص، وربما يكون لدى الطفل ردود فعل كبيرة جداً أو مبالغ فيها، أو قليلة جداً.

٤. الاستجابة والاستخدام غير العادي للتذوق والشم واللمس بدرجة شديدة:

عادة يكون الطفل منشغلاً بشكل كبير جداً في الشم أو التذوق واستخدام الأشياء وبشكل أكبر مما هو عليه في الاستكشاف العادي، ويمكن أن يهمل الطفل الشعور بالألم، أو يبدى ردود فعل شديدة لتجاهل الإزعاج.

- ملاحظات:

____

عاشراً: الخوف والعصبية: Fear And Nervousness

١. الخوف أو العصبية بدرجة عادية:

يكون سلوك الطفل مناسب للمواقف التي يمر بها الأطفال من نفس عمره.

٢. خوف أو عصبية غير عادية من الدرجة البسيطة:

أحياناً يظهر الطفل الكثير من الخوف أو العصبية في المواقف مقارنة بردود الفعل للأطفال العاديين من نفس العمر في المواقف المشابهة.

٣. خوف أو عصبية غير عادية من الدرجة المتوسطة:

يظهر الطفل بشكل عام خوف كبير جداً أو قليل جداً تجاه الأحداث، ويعتبر أكثر من الأطفال العاديين في نفس الموقف.

٤. خوف أو عصبية غير عادية من الدرجة الشديدة:

يظهر الطفل مخاوف مستمرة للأشياء أو الأحداث غير المؤذية حتى لو تكررت نفس الخبرات، من الصعب جداً أن يظهر الطفل الهدوء والراحة، ويظهر الطفل ضعف في التعامل مع المخاطر كما هو الحال لدى الأطفال العاديين في نفس العمر.

- ملاحظات:

____

____

____

حادي عشر : التواصل اللفظي: Verbal Communication

١. تواصل لفظي طبيعي لدى الطفل مناسب لعمره الزمني وللمواقف التي يمر بها

٢. تواصل لفظي غير عادي من الدرجة البسيطة:

بشكل عام يبدو أن هناك تأخر في النطق، ومعظم الحديث مفهوم، وعلى كل حال يوجد بعض الترديد أو عكس الضمائر وأحياناً يتم استخدام لغة غريبة أو غير مفهومة.

٣. تواصل لفظي غير عادي من الدرجة المتوسطة:

يمكن أن يكون الكلام مفقود، وكذلك فإنه يمكن أن يكون هناك خلط بين الكلام المفهوم والكلام الغريب مثل اللغة غير المفهومة والترديد، وعكس الضمير ، وبشكل خاص يمكن أن يشتمل الكلام المفهوم على أسئلة زائدة أو الانشغال المتكرر بموضوع خاص.

٤. تواصل لفظي غير عادي من الدرجة الشديدة:

عادة لا يستخدم الطفل النطق الجيد للمعاني وكذلك يمكن أن يلجأ إلى صرخات طفولية حادة، أو إصدار أصوات مثل صوت الحيوانات، ولديه أصوات معقدة قريبة لأن تكون مثل المحادثة ويمكن أن يكون ذلك مستمراً، وكذلك فإن لدى الطفل استخدام شاذ لتمييز وإدراك بعض الكلمات أو الجمل.

- ملاحظات:

ثاني عشر : التواصل غير اللفظي Nonverbal Communication

١. استخدام عادي للتواصل غير اللفظي، مناسب للمواقف وكذلك العمر الموجود فيه الطفل.

٢. استخدام غير عادي للتواصل غير اللفظي بدرجة بسيطة:

هناك استخدام بدائي (غير ناضج) للتواصل غير اللفظي، وكذلك إشارة غير واضحة لما يريده الطفل أو يصل لما يريده بنفسه، وبالمقارنة مع الأطفال من نفس العمر نجد أن الطفل يمكن أن يستخدم الإشارة أو الإيماء بشكل أكثر تحديداً للإشارة إلى الشيء الذي يريده.

٣. استخدام غير عادي للتواصل غير اللفظي بدرجة متوسطة:

بشكل عام لا يمكن أن يعبر الطفل عن حاجاته أو رغباته بطريقة غير لفظية، وكذلك لا يستطيع أن يفهم التواصل غير اللفظي للآخرين.

٤. استخدام غير عادي للتواصل غير اللفظي بدرجة شديدة:

يستخدم الطفل إشارات أو إيماءات غريبة وشاذة حيث أنها عديمة المعنى (لا معنى لها)، وهو كذلك غير مدرك للمفاهيم الاجتماعية والإشارات والتعبيرات الموجهة للآخرين.

- ملاحظات:

ثالث عشر : مستوى النشاط: Activity Level

١. مستوى النشاط طبيعي بالنسبة للعمر والظروف:

لا يظهر الطفل أي نوع من المشاكل فيما يتعلق بالنشاط الزائد أو قلة النشاط مقارنة بالأطفال من نفس العمر .

٢. مستوى النشاط غير عادي من الدرجة البسيطة:

عادة يكون الطفل قلقاً أو لديه ضجر ولا يشعر بالراحة، أو لديه كسل وبطئ في الحركة، ويمكن أن يتداخل مستوى النشاط لدى الطفل وخاصة في الجانب الأدائي

٣. مستوى النشاط غير العادي من الدرجة المتوسطة:

يكون لدى الطفل مستوى من النشاط يتصف بالسرعة، ومن الصعب أن يتم إيقافه، وكذلك تكون لديه طاقة غير محدودة لا تساعده على النوم، ويمكن أن يكون كسولاً ويكون بحاجة إلى قدر كبير من الحث والمساعدة لتحريكه.

٤. مستوى النشاط غير عادي من الدرجة الشديدة:

الطفل يظهر نشاط أو قلة نشاط بشكل مبالغ فيه، وأيضاً يسهل التحول من نشاط إلى آخر بشكل شديد.

- ملاحظات:

____

____

____

رابع عشر : المستوى والدرجة الخاصة بالاستجابات العقلية:

.Level And Consistency of Intellectual Response

١. الذكاء طبيعي والقدرات العقلية عادية في مختلف المجالات (المناطق):

يبدو أن ذكاء الطفل يقع ضمن حدود الطبيعي في نفس العمر ، ولا يوجد لديه ضعف في القدرات العقلية أو مشكلات غير عادية.

٢. وظائف عقلية عادية من الدرجة البسيطة:

لا يبدو أن الطفل لديه ذكاء من الدرجة العادية، مثل الأطفال العاديين في نفس العمر ، وهناك تأخر في جميع المجالات بالنسبة لأداء المهارات.

٣. وظائف عقلية غير عادية من الدرجة المتوسطة:

هناك اختلاف واضح بالنسبة لذكاء الطفل في نفس العمر ، وهناك احتمال لوجود واحدة أو أكثر من القدرات لدى الطفل قد تصل إلى حدود الطبيعي.

٤. وظائف عقلية غير عادية من الدرجة الشديدة:

لا يستطيع الطفل أن يقوم بنفس المتطلبات أو المهمات العقلية (المعرفية) للأطفال من نفس سنه، ويمكن أن يكون أفضل في وظيفة أو أكثر من الأطفال العاديين في نفس العمر.

- الملاحظات:

____

____

خامس عشر : الانطباع العام General Impressions

١. طبيعي:

لا يوجد علامات أو دلائل على أن الطفل لديه حالة توحد.

٢. توحد بسيط:

يوجد لدى الطفل أعراض قليلة أو درجة بسيطة من التوحد.

٣. توحد متوسط:

يوجد لدى الطفل عدد من الأعراض، أو درجة متوسطة من التوحد.

٤. توحد شديد:

يوجد لدى الطفل العديد من الأعراض، أو درجة شديدة من التوحد.

- ملاحظات:

______

______

______

قائمة الخصائص السلوكية والتربوية للأطفال المتوحديين

المعلومات الأولية:

١. الاسم: ______

٢. الجنس: ______

٣. تاريخ الميلاد: ______

٤. تاريخ بدء التقييم: ______

٥. تاريخ انتهاء التقييم: ______

٦. اسم المقيِّم: ______

قائمة الخصائص السلوكية والتربوية للأطفال المتوحدين

الجانب السلوكي ويشتمل على الأبعاد التالية:

أولاً: السلوك النمطي والروتين، ويشتمل على (٢٢) فقرة:

الرقم	الفقرة	تحدث بدرجة كبيرة جداً	تحدث بدرجة كبيرة	تحدث بدرجة متوسطة	تحدث بدرجة قليلة	لا تتحدث أبداً
١.	يدّور الأشياء على الأرض.					
٢.	يتأرجح أثناء الجلوس.					
٣.	يحرّك رأسه ويديره إلى الخلف والأمام.					
٤.	يحرك أصابع يديه					
٥.	يصفقّ بيديه					
٦.	يصرخ بدون سبب					
٧.	يمشي على رؤوس أصابعه					
٨.	يحرك يديه أو أجزاء من جسمه					
٩.	يدور حول نفسه.					
١٠.	يلمس ملابس الأخرين أو شعرهم (أي جزء من جسمهم).					
١١.	يميل بجسمه أثناء الجلوس أو المشي.					

١٢.	يضحك أو يبكي بدون سبب.					
١٣.	يمشي واضعاً أصابعه بأذنيه أو يديه على رأسه.					
١٤.	لا يتقبل التغيير في الروتين اليومي					
١٥.	يحب أن يحرّك الأشياء وبنفس الطريقة.					
١٦.	يلمس أو يشم الأشياء قبل الأكل.					
١٧.	يكرّر آلياً النشاطات بلا هدف.					
١٨.	يكرّر أنماط اللعب.					
١٩.	يهزّ برجليه.					
٢٠.	يضرب رجليه مع بعضهما البعض.					
٢١.	يرفرف بيديه.					
٢٢.	يحرك يديه بشكل دائري.					

ثانياً: العدوان والتخريب، ويشتمل على (١٨) فقرة:

الرقم	الفقرة	تحدث بدرجة كبيرة جداً	تحدث بدرجة كبيرة	تحدث بدرجة متوسطة	تحدث بدرجة قليلة	لا تتحدث أبداً
١.	يدفع الآخرين بيديه أو قدميه					
٢.	يعض الآخرين					
٣.	يضرب على وجهه أو رأسه					
٤.	يعض يديه أو أجزاء من جسمه.					
٥.	يؤذي الآخرين برمي الأشياء عليهم.					
٦.	يضرب رأسه على الطاولة أو المقعد أو بالحائط					
٧.	يبصق على الآخرين					
٨.	يشدّ شعر الآخرين					
٩.	يقرص الآخرين					
١٠.	يخمش الآخرين بأظافره					
١١.	يفسد نشاطات الآخرين					
١٢.	يتلف الأشياء ويخربها					
١٣.	يخطف أو يأخذ الأشياء من الآخرين عنوة					
١٤.	يمزق ملابسه أو يلوثها					
١٥.	يتلف ممتلكات الآخرين					

١٦.	يلوّث ممتلكات الآخرين					
١٧.	يلوث ملابس الآخرين أو يمزقها					
١٨.	يتلف ممتلكاته الشخصية.					

ثالثاً: الانسحاب الاجتماعي، يشتمل على (١٠) فقرات:

الرقم	الفقرة	تحدث بدرجة كبيرة جداً	تحدث بدرجة كبيرة	تحدث بدرجة متوسطة	تحدث بدرجة قليلة	لا تتحدث أبداً
١.	يرغب في اللعب وحده					
٢.	لا ينظر لمن حوله من الأفراد					
٣.	يحب الجلوس وحده.					
٤.	ليس لديه أصدقاء من نفس سنه.					
٥.	لا يبدي تفاعلاً مع الأفراد المحيطين به.					
٦.	لا يشارك الآخرين وجدانياً.					
٧.	يهتم بالأشياء أكثر من اهتمامه بالأفراد.					
٨.	لا يهتم بوجود الأفراد الآخرين.					
٩.	لا يحب أن يكون ضمن مجموعة.					
١٠.	لا يشترك في نشاطات مع الأطفال من نفس سنه.					

رابعاً: النشاط الزائد، ويشتمل على (٩) فقرات:

الرقم	الفقرة	تحدث بدرجة كبيرة جداً	تحدث بدرجة كبيرة	تحدث بدرجة متوسطة	تحدث بدرجة قليلة	لا تتحدث أبداً
١.	يتجول داخل الصف أو الغرفة					
٢.	يخرج من مقعده					
٣.	ينهض من مقعده					
٤.	يتحرك بدون هدف وبدون اتجاه					
٥.	يتململ في مقعده					
٦.	يصطدم بالآخرين أو بالأشياء بسبب حركته					
٧.	يتحوّل من نشاط لآخر بسرعة.					
٨.	لا يلتزم بأداء المهمة حتى انتهائها					
٩.	يخرج من الصف					

خامساً: المهارات الاستقلالية والعناية بالذات، ويشتمل على (١٤) فقرة:

الرقم	الفقرة	تحدث بدرجة كبيرة جداً	تحدث بدرجة كبيرة	تحدث بدرجة متوسطة	تحدث بدرجة قليلة	لا تتحدث أبداً
١.	يأكل بشراهة.					
٢.	يأكل طعامه بدون الإراقة على ملابسه.					
٣.	يأكل باستخدام الملعقة.					
٤.	يرتدي ملابسه أو أي شيء منها.					
٥.	يخلع ملابسه أو أي شيء منها.					
٦.	ينزعج إذا كانت ملابسه متسخة					
٧.	يلبس حذاءه لوحده					
٨.	يخلع حذاءه لوحده					
٩.	يزرّر القميص لوحده					
١٠.	يستخدم الحمام لوحده					
١١.	يغسل يديه ووجهه					
١٢.	يبوّل على نفسه ليلاً					
١٣.	يقطع الشارع لوحده					

الجانب التربوي ويشتمل على الأبعاد التالية:

أولاً: ضعف الانتباه وتتابع الاستجابة، ويشتمل على (٩) فقرات

الرقم	الفقرة	تحدث بدرجة كبيرة جداً	تحدث بدرجة كبيرة	تحدث بدرجة متوسطة	تحدث بدرجة قليلة	لا تتحدث أبداً
١.	لا ينتبه للمهمة التي تعطى له.					
٢.	يركز انتباهه على جزء ويهمل الأجزاء الأخرى.					
٣.	ينتبه لمثيرات ليس لها علاقة بالمهمة					
٤.	يبعد نظره عن المهمة المراد تعليمها له.					
٥.	يحدّق بالأشياء لمدة طويلة.					
٦.	لديه صعوبة في التركيز لأي فترة من الوقت					
٧.	لا يكمل المهمات التي يبدأها					
٨.	يحدق كثيراً في الفضاء.					

٩.	يتشتت بسهولة عن المهمة التي يقوم بها.					

ثانياً: البعد المعرفي، ويشتمل على (١٦) فقرة.

الرقم	الفقرة	تحدث بدرجة كبيرة جداً	تحدث بدرجة كبيرة	تحدث بدرجة متوسطة	تحدث بدرجة قليلة	لا تتحدث أبداً
١.	يميز حجمين (كبير ...... صغير).					
٢.	يطابق ثلاث أشكال على الأقل (دائرة، مربع، مثلث)					
٣.	يطابق ثلاث ألوان على الأقل.					
٤.	يصنف حجمين (كبير، صغير)					
٥.	يصنف ثلاث أشياء حسب الشكل (دائرة، مربع، مثلث).					
٦.	يصنف ثلاث أشياء حسب اللون (أحمر، أخضر، أزرق).					
٧.	يشير إلى أربعة أجزاء من جسمه على الأقل.					
٨.	يعرف مفاهيم الزمان (نهاراً، ليلاً، صباحاً، مساءاً).					
٩.	يعرف الوقت (بالدقائق، بالساعات).					
١٠.	يميز النقد (خمسة قروش، عشرة قروش ....الخ)					
١١.	يسمي حجمين (كبير، صغير)					
١٢.	يسمي ثلاث أشكال على الأقل (دائرة، مربع، مثلث)					
١٣.	يسمي ثلاث ألوان على الأقل (أحمر، أخضر، أزرق).					
١٤.	يتعرّف على الشكل والحجم					
١٥.	يعرف أيام الأسبوع					
١٦.	يعرف أشهر السنة					

ثالثاً: المهارات الأكاديمية الأساسية، ويشتمل على (٢٥) فقرة:

الرقم	الفقرة	تحدث بدرجة كبيرة جداً	تحدث بدرجة كبيرة	تحدث بدرجة متوسطة	تحدث بدرجة قليلة	لا تتحدث أبداً
١.	يعرف شكل الحرف في بداية الكلمة					
٢.	يعرف شكل الحرف في وسط الكلمة					

٣.	يعرف شكل الحرف في آخر الكلمة					
٤.	يقرأ كلمة واحدة من حرفين					
٥.	يقرأ جملة مكونة من كلمتين					
٦.	يقرأ جملة مكونة من ثلاث كلمات.					
٧.	يكتب شكل الحرف صحيحاً عندما يكون لوحده.					
٨.	يكتب شكل الحرف في أول الكلمة					
٩.	يكتب شكل الحرف في وسط الكلمة					
١٠.	يكتب شكل الحرف في آخر الكلمة					
١١.	يحوّل الصوت إلى كلمة مكتوبة					
١٢.	يكتب جملة مكونة من كلمتين					
١٣.	يكتب جملة مكونة من ثلاث كلمات					
١٤.	يجمع بطريقة الحمل					
١٥.	يجمع عددين ضمن الرقم (١٠)					
١٦.	يطرح بطريقة الاستقراض					
١٧.	يطرح عددين ضمن الرقم (١٠)					
١٨.	يعرف عملية الضرب					
١٩.	يحل بعض المسائل في عملية الضرب					
٢٠.	يعرف عملية القسمة					
٢١.	يحل بعض المسائل في عملية القسمة					
٢٢.	يميّز أشكال الأرقام من (١-١٠)					
٢٣.	يميز أشكال الأرقام الأكبر من (١٠)					
٢٤.	يكتب الأرقام من (١-١٠)					
٢٥.	يكتب الأرقام الأكبر من (١٠)					

رابعاً: مهارات التواصل (اللغة والكلام)، ويشتمل على (٢٤) فقرة

الرقم	الفقرة	تحدث بدرجة كبيرة جداً	تحدث بدرجة كبيرة	تحدث بدرجة متوسطة	تحدث بدرجة قليلة	لا تتحدث أبداً
١.	يستجيب الطفل إذا نودي عليه باسمه بصوت مسموع.					
٢.	يصرخ للحصول على ما يريد					

٣.	يحدث ضجة بدل الكلام					
٤.	يتكلم كلاماً غير مفهوم.					
٥.	يشير عن بعد إلى الأشياء التي يريدها.					
٦.	يستخدم كلمة للتعبير عن كلمات أو عبارات					
٧.	يستجيب للأوامر البسيطة (أمر واحد).					
٨.	يستجيب لأوامر متسلسلة (أكثر من أمر).					
٩.	يوجد لديه مصاداه، يكرر الأصوات أو الكلام كالببغاء.					
١٠.	يبدو أنه أصم لا يسمع.					
١١.	يستجيب لأصوات الأشياء المألوفة					
١٢.	يعبر لفظياً عن حاجته للأكل أو الشرب أو استخدام الحمام					
١٣.	يستخدم كلمة (نعم)، أو (لا) فقط.					
١٤.	يسمي الأشياء المألوفة في البيئة.					
١٥.	ينطق كلمة واحدة					
١٦.	ينطق جملة مكونة من كلمتين.					
١٧.	ينطق جملة مكونة من ثلاث كلمات أو أكثر.					
١٨.	يتلفظ بمقاطع لا معنى لها، أو يتمتم مع نفسه.					
١٩.	يسحب الآخرين بيده لجلب شيء ما					
٢٠.	يستجيب للإشارات الإيمائية					
٢١.	يصغي إلى التعليمات اللفظية					
٢٢.	يستجيب الطفل للمس الجسدي					
٢٣.	يفهم أحرف الجر					
٢٤.	يستخدم الضمائر					

المراجع العربية

١. يحي، خولة (٢٠٠٣)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط٢، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

٢. الخطيب جمال، والحديدي منى، (١٩٩٧) المدخل إلى التربية الخاصة، ط١، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، العين الإمارات العربية.

٣. الروسان، فاروق (١٩٩٨)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة، ط٢، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

٤. الوقفي، راضي (٢٠٠٤)، أساسيات التربية الخاصة، ط١، دار جهينة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

٥. السرطاوي، زيدان، وسيسالم كمال، (١٩٩٢)، المعاقون أكاديميا وسلوكيا خصائصهم وأساليب تربيتهم، مكتبة الصفحات الذهبية للنشر والتوزيع، ط٢، الرياض، المملكة العربية السعودية.

٦. القريوتي يوسف، السرطاوي عبد العزيز، والصمادي جميل، (١٩٩٥) مدخل إلى التربية الخاصة، ط١، دار العلم للملايين، دبي، الإمارات العربية.

٧. عبد العزيز، السرطاوي زيدان، (١٩٩٩)، تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا النظرية والتطبيق، دار الكتاب الجامعي، الإمارات العربية المتحدة.

٨. العزة، سعيد، (٢٠٠٢) التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، الدار العلمية للنشر والتوزيع، الأردن.

٩. سيسالم، كمال، (٢٠٠١) اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، دار الكتاب الجامعي، الإمارات العربية المتحدة.

١٠. القريوتي، يوسف وآخرون، (١٩٩٥) المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم، دبي، الإمارات العربية المتحدة.

١١. محمد، عبد الصبور، (٢٠٠٣) مقدمة في التربية الخاصة، مكتبة زهران، الأردن.

١٢. الصباح، سهير، (١٩٩٣) الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المعوقين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

١٣. زهران، حامد عبد السلام، (١٩٩٢) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٢ القاهرة، عالم الكتب.
١٤. عبد الله، عادل (٢٠٠٠) الاضطرابات السلوكية للأطفال المراهقين، القاهرة، دار النشر للطباعة والنشر.
١٥. الخطيب، جمال (١٩٩٥) تعديل السلوك الإنساني (ط٣)، الكويت، مكتبة الفلاح.
١٦. الزغلوان، حسن (٢٠٠١) فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد لدى الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
١٧. بدير، كريمان (٢٠٠٤) مترجم، الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة، عالم الكتب، القاهرة.
١٨. عبيد، ماجدة (٢٠٠٥) تعليم ذوي الحاجات الخاصة، دار صفا، الأردن.
١٩. كوافحة تيسير، وعبد العزيز عمر (٢٠٠٣) مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة، عمان.
٢٠. السرطاوي، زيدان، وسيسالم كمال (١٩٩٢) المعاقون أكاديمياً وسلوكياً خصائصهم وأساليب تربيتهم، مكتبة الصفحات الذهبية للنشر والتوزيع، ط٢، السعودية.
٢١. الزريقات، إبراهيم، (٢٠٠٤) خفايا التوحد، الخصائص والعلاج ط١، دار وائل للطباعة والنشر، عمان.
٢٢. الشامي، وفاء (٢٠٠٤) خفايا التوحد، أشكاله وأسبابه وتشخيصه، ط١، مركز جدة للتوحد، السعودية.
٢٣. مرجح، ريتا (٢٠٠١) التوحد: تعرف، وقاية، علاج، تأهيل، الجمعية الوطنية لحقوق المعاق في لبنان، بيروت.
٢٤. السيد عبد العزيز، أحمد زيدان (١٩٩٩) تربية الأطفال المراهقين والمضطربين سلوكياً، ج١، ط١، دار البلاد السعودية.
٢٥. السعد، سميرة (٢٠٠١) معاناتي والتوحد. مرض التوحد، أسبابه، صفاته وعلاجه – أفضل طرق التعلم، ط٣، منشورات ذات السلاسل، الكويت.

٢٦. زياد، محمد، (٢٠٠١) التوحد لدى الأطفال، اضطراباته وتشخيصه وعلاجه، دار التربية الحديثة للنشر.

٢٧. فؤاد، هالة (٢٠٠١) الفلسفة لدراسات الطفولة، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية.

٢٨. الوردان، وضحة (١٩٩٦) – مترجم – التوحد مظاهرة الطبية والتعليمية، مطبعة الهيئة العامة للتعليم التطبيقي، الكويت.

٢٩. كامل، محمد (١٩٩٨) الأوتيزم، دار النهضة المصرية، القاهرة، مصر.

٣٠. سليمان، عبد الرحمن (٢٠٠١) إعاقة التوحد، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

٣١. الزارع، نايف (٢٠٠٣) بناء قائمة لتقدير السلوك التوحدي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

٣٢. البلشة، أيمن (١٩٩٤) الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية للأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

٣٣. البلشة، أيمن (٢٠٠١) أهمية استخدام قوائم الشطب في التعرف والتدخل لحالات التوحد ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذي الاحتياجات الخاصة (فئات الإعاقة).

٣٤. البسطامي، غانم، (١٩٩٥) المناهج والأساليب في التربية الخاصة، ط١، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.

المراجع الأجنبية

1. Hallahan, Daniel P, and Kauffinan, James-2 (1982), Exceptional children: introduction to special education, (2nd), prentice, Hall, Inc, U.S.A.
2. Heward, William, & Orlansky, Michael (1992) exceptional children: an introduction survey of special education, (4th ed).
3. Marcus, Lee. (2003). Structured Teaching. Chapel Hill: Division TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication).
4. Silverman, David (1993) international qualitative data: methods for analyzing talk, text and international.
5. William, 1. (1996) exceptional children and introduction to special education, Columbus Merrill, prentice hall.

6. Anderson, C, A, (1989) temperature and aggression: ubiguitous effects of heat and occurrences of human violence, psychological balletin 100-74-96.
7. Alloy, 1. B: Accodcella, J.8 Bootzin R.R (1996) Abnormal psychology current prespective, New York. Mccraw fill. 7th (ed).
8. Cantwell, DP, (1972) Psychiatric IIness in familles of Hyperactive children. Archives of General Psychiotry.
9. Halahan, d, and Kauffman, t (1996). Exceptional children Introduction to special Education. Prentic – Jall. Egnlewood Cliffs, New Jeersy.
10. Heward, W.L., and Orlanky, M.D., Exceptional Children An Introductory Survey of Special Education. New York. Maxwell Macmillan International. 1992.
11. DSM-4, (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4te ed) Washinton DC.
12. Ehlers, Ramberg C. & Ajohonson, M. (1996). Language and Pragmatic Functions in School age Children on the Autism Spectrum.
13. Elisabeth & Dykems & Volkmor, F, M. (1991). Thought Disorder in High Function Autistic Adults, J. of Autism and Developmental Disorders, Vol (7) p.p.291.
14. Flick, C. (1998). ADHD/Behavior- Change. New York: Resource Kit.
15. Kauffman, J.M. (1981). Characteristics of Children's Behavior Disorders. Ohio: Charales E. Mewwill.
16. Millman, L. Heward. (1981). Therapies for School Behavior Problems. (2nd Ed). Jossey Bass, Inc Publisher.
17. Stainback, S. & Stainback, W. (1980). Educating Children with Sever maladaptive Behavior. Torountoy Orune Inc.
18. Walker, J. & Shea, T. (1980). Behavior Modicication A Practical Approach Education. Mosluyco.
19. Paul, A, & Anne, c. (1995) Applied Behavior Analysis for Teachers, Fourth Edition, Prentice – Hall, Inc. New Jersey.
20. Oleary, et al, (1975) Autism: Behavioral Approaches to Treatment, Readings in Autism.
21. Knoblock, Peter. (1980). Teaching Emotionally Disturbed Children. Houghston Mifflin Company, Boston.

22. Dianne E. Berkell, (1992). Autism, Identification, Education, and Treatment. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
23. Ontario Ministry of Education, Special Education and provential School Branch, (1990), Special Education Monographs, No. 4: Student with Autism, Toronto, Ontario.
24. Lynn E. McClannahan, Ph. D.&Patricia J. Krantz, Ph. D. (1999) Activity Schedules for Children with Autism. Woodbine House.
25. Sheila, Wagner, M. Ed. (1999). Inclusive Programming for Elementary Student with Autism, Future Horizons.
26. Robert, L & Lynn, K (1995). Teaching Children with Autism, Strategies for Initiating Positive Interaction and Improving Learning Opportunities. Paul H, Brookes Publishing Co, Inc.
27. Thaut., Micheal H. (1989) "measuring Musical Responsiveness in Autistic Children: A Comparative Analysis of Improvised Musical tone Sequences of Autistic, Normal, and Mentally Retarded Individuals". Eric: Current Index to Journals in Education, Vol. 21, No. 6, P.39.
28. Rutter, Michael. (1978). "Diagnosis and Definition of Childhood Autism," Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, Vol.8, No.2, pp. 139-161.